

14/6  
Back

D<sup>r</sup> OSCAR JENNINGS

---

# Morphinisme et Morphinomanie

Les différentes méthodes de sevrage sans souffrance

Traduit de l'anglais avec une introduction

PAR LE

D<sup>r</sup> HENRI MIGNON

MÉDECIN DE L'ÉTABLISSEMENT HYDROTHERAPIQUE DU VÉSINET

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Quaeque ipse miserrima vidi  
Et quorum pars magna fui.

---

SERVICE DE PRESSE

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

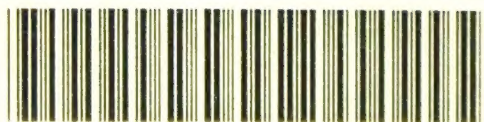
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

---

1910



109 G




22900403829



Med  
K38434





Digitized by the Internet Archive  
in 2016

<https://archive.org/details/b28130492>





# Morphinisme et Morphinomanie

## DU MÊME AUTEUR

1. — Sur un nouveau mode de traitement de la Morphinomanie, *l'Encéphale*, 1887.
2. — The Cure of the Morphia Habit. London, 1890.
3. — On Morphinomania. Contribution au *Medical Annual*, 1894.
4. — On the Physiological Treatment of the Morphia Habit. *The Lancet*, 1901.
5. — La guérison de la Morphinomanie sans souffrance. Traduit de l'Anglais par M. Albert Ball. Maloine, Paris, 1902.
6. — Heart Tonics and Vichy Water in the treatment of Morphinism. *Medical Press and Circular*, 1909.
7. — The Morphia Habit and its Voluntary Renunciation. Baillière, Tindall and Cox, 1909, p. 500.
8. — Congenital Morphinism. *American Journal of Inebriety*, 1909.
9. — Étude Psychologique sur l'Habitude de la Morphine et son Traitement. *Journal des Praticiens*, 1909.
10. — Technique de la Démorphinisation. *Médecine Moderne*, 1909.
11. — Un cas de Morphinomanie datant de six ans et compliqué d'albuminurie guéri en douze jours sans contrainte ni souffrance, avec discussion à la Société d'Hypnologie et de Psychologie. *Revue de l'Hypnotisme*, mars 1910.
12. — The Morphia Habit, Morphinomania, and other Drug Addictions: their cure without suffering. A study of different methods of treatment. *The Medical Magazine*, 1910.



12/9/10.

15

D<sup>r</sup> OSCAR JENNINGS

---

# Morphinisme et Morphinomanie

Les différentes méthodes de sevrage sans souffrance

Traduit de l'anglais avec une introduction

PAR LE

D<sup>r</sup> HENRI MIGNON

MÉDECIN DE L'ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DU VÉSINET

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Quaeque ipse miserrima vidi  
Et quorum pars magna fui.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—  
1910

SERVICE DE PRESSE

2574928

000000 000000 000000

000000 000000 000000

000000 000000 000000

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	welMCmec
Call	
No.	Wm
	1909

000000 000000 000000





## PRÉFACE

Il est à peu près prouvé qu'un médecin sur quatre est adonné à l'usage des drogues, et le plus souvent à la morphine, que la proportion des médecins sur le total des malades soignés s'élève dans certaines statistiques à 90 %<sup>1</sup> et qu'un cinquième de la mortalité parmi les médecins est causée par la morphinomanie. Malgré ces faits, l'indifférence des praticiens en général sur la question traitée dans le présent volume est notoire. C'est une convention parmi les médecins que les habitués de la morphine sont invariablement des tricheurs et des menteurs, des êtres dégénérés indignes de confiance, que c'est une perte de temps d'étudier la matière ou de chercher à venir en aide à ceux qui ne veulent pas s'aider eux-mêmes, que la meilleure attitude envers de tels malades est de ne pas s'en occuper.

« Autant nous demander », disait un éminent praticien anglais, « de guérir l'habitude du mensonge ou du vol, que celle de l'ivrognerie ou de l'opium. La perversion morale ne relève pas de la matière médicale. » Cette attitude est des plus déplorables. De

1. Dans ma propre clientèle : 75 %.



fait, les habitués de la morphine ne sont pas tous des esclaves volontaires, comme on le suppose généralement. Victimes très souvent de l'insouciance ou de l'ignorance médicale, c'est presque toujours le manque de direction éclairée et le découragement résultant de l'insuccès des tentatives de libération qui les maintiennent en esclavage. Cependant leur constant espoir dans le jour, et leur rêve dans la nuit, est de se libérer de leur servitude, et beaucoup d'entre eux passent leur vie dans d'infructueux essais d'émancipation qui restent stériles, parce que leurs efforts ne sont pas secondés par un traitement efficace.

Chez certains les traitements imaginés journellement peuvent ne pas recevoir même un commencement d'exécution. C'est parce que de tels malades étaient primitivement des asthéniques, et quoiqu'ils aient le désir et même la volonté de guérir, ils manquent ou croient manquer du pouvoir de vouloir. Comme tous les psychopathes, comme tous les neurasthéniques intoxiqués, le self-control leur fait défaut. Quand ils auront acquis la conviction qu'ils peuvent le recouvrer, les choses changeront d'aspect, car si les centres nerveux dirigent et contrôlent les fonctions du corps, ceux-ci à leur tour sont influencés par la pensée. Le monoidéisme convenablement dirigé vers le but à atteindre, la conviction que le succès est certain agiront sur le cerveau et le chargeront comme un accumulateur, concentrant ainsi l'effort persévérant en une idée fixe dirigeante, saine et efficace. Les moyens thérapeutiques qui constituent la base du traitement, et qui auraient pu autrement échouer, auront alors un plein succès.



Dans le travail actuel, nous démontrons qu'un tributaire de drogues peut être sevré de son habitude par une bonne méthode, qu'il n'a pas à se soumettre à la contrainte ou à la force, mais seulement et volontairement, à la direction consentie, — qu'un habitué de la morphine, raisonnablement confiant quant au résultat final, peut en se plaçant dans de bonnes conditions, et en persévérant, sortir victorieux de cette lutte de Sisyphe, et s'il a la ferme intention de guérir, il atteindra sûrement ce but tant désiré ! — *Experto crede*.

O. J.





# Morphinisme et Morphinomanie

---

## INTRODUCTION

La morphinomanie se présente d'une façon tellement différente chez la plupart de ceux qui en sont atteints que l'on pourrait presque dire qu'à chaque malade il faudrait appliquer une thérapeutique particulière. On peut, cependant, classer les morphinomanes (et par ce mot quelque peu impropre nous entendons tous ceux qui usent de la morphine d'une façon quelconque) en trois catégories principales : la première comprendrait les vrais maniaques de la morphine, psychopathes dégénérés qui ne veulent à aucun prix guérir de leur vice, qu'on ne soigne que quand leur vie est en danger et qui s'empressent de retourner à leur passion, aussitôt que, désintoxiqués, on leur a rendu la liberté.

Dans une seconde classe, on pourrait faire ren-

trer tous les morphinomanes qui voudraient bien guérir de leur maladie, mais qui se sentent ou plutôt qui se croient incapables de pouvoir vouloir accepter l'essai d'une cure consciencieuse.

Enfin un grand nombre de soi-disant morphinomanes qui ne sont en somme que des habitués de la morphine, qui n'ont acquis cette habitude qu'à la suite d'une maladie intercurrente, grippe, rhumatisme, etc., ou d'un état dépressif momentané, surmenage, neurasthénie, etc., qui réduisent volontairement et d'eux-mêmes leur ration journalière de morphine à la dose minima nécessaire à leur besoin et qui, d'eux-mêmes, viennent demander au spécialiste de les aider à se guérir radicalement en acceptant loyalement la discipline nécessaire à cette cure.

C'est le grand mérite du Dr Jennings d'avoir insisté sur cette classification des habitués de la morphine et d'avoir montré qu'à côté de la désintoxication pure et simple du morphino-maniaque, le spécialiste avait mieux à faire, et devait tendre surtout à rééduquer et à rendre normale la volonté défaillante du malade, en un mot à lui rendre son self-control.

Nous avons eu l'occasion, à plusieurs reprises, de constater *de visu* les résultats de la méthode employée par le Dr Jennings chez des malades dont il nous chargeait d'exécuter la partie hydrothérapique du traitement.

Frappé de la rapidité des cures obtenues par cette méthode sans souffrance et sans contrainte nous avons



eru bon de donner au public médical français la traduction des parties essentielles de l'ouvrage anglais. Nous croyons ainsi faire œuvre utile et rendre service à tous nos confrères français, car nous savons que la plupart connaissent peu cette question du morphinisme, que plus d'un sixième d'entre eux sont plus ou moins victimes de la fatale drogue et que beaucoup n'hésiteraient pas à se guérir de leur habitude ou à conseiller vigoureusement la cure à leurs clients, s'ils savaient mieux qu'il leur est possible de se guérir radicalement, définitivement, sans endurer les souffrances très pénibles dont les menacent tous les traités classiques pendant le sevrage <sup>1</sup>.

Dans l'ouvrage d'une portée aussi psychologique que clinique dont nous donnons ici la traduction, l'auteur a publié des observations de morphinisme

1. Le Dr Jennings a été critiqué pour avoir avancé qu'un cinquième de la mortalité du corps médical en France était dû à la morphine : On l'a même accusé d'avoir diffamé ses confrères. Ce fait a été rapporté dans bon nombre de journaux de médecine français. S'il est vrai, ne vaut-il pas mieux reconnaître franchement, l'étendue du mal, et chercher à le combattre, plutôt que d'en nier l'existence?...

Le traducteur de cet ouvrage, le Dr Mignon, est le Secrétaire Général de l'Association amicale des Médecins français, la plus importante Société médicale mutuelle de France garantissant à ses membres le risque-maladie. Par sa situation spéciale, par ses relations journalières avec les membres de cette association qui compte plus de 1.500 membres assurés contre la maladie, avec la plupart des 8.000 autres médecins qui font partie de l'Association Générale des Médecins de France, le Dr Mignon est mieux placé que quiconque pour connaître le taux de la morbidité médicale en France, la nature de cette morbidité et par conséquent les ravages que fait la morphine dans le corps médical.

compliqué d'autres intoxications chroniques ou d'états pathologiques des plus graves.

Ces observations présentent un grand intérêt au point de vue documentaire, mais elles ne donnent qu'une idée imparfaite d'un sevrage de morphine tel qu'on peut le pratiquer aujourd'hui, en appliquant une méthode perfectionnée et en faisant profiter le malade de tous les divers moyens de soulagement dont l'utilité a été démontrée par l'expérience.

Cependant nous avons cru préférable d'omettre cette partie de l'ouvrage et d'y substituer des observations plus récentes, notamment la relation d'un cas au traitement duquel nous avons nous-même collaboré.

Ce cas (voir chapitre IX) a fait, du reste, l'objet d'une communication à la séance de la Société d'hypnologie et de psychologie du 18 janvier 1910 et a donné lieu à la discussion suivante :

Dr BÉRILLON. — De tous les médecins qui se sont livrés à l'étude de la morphinomanie, le Dr Jennings est assurément celui dont les travaux ont le plus d'autorité. Je ne crois pas qu'il puisse venir à quelqu'un l'idée de discuter sa compétence hors de pair sur une des questions qui se rattachent aux intoxications par les narcotiques.

Collaborateur du Dr Ball à l'asile de Sainte-Anne il y a de cela plus de vingt-cinq ans, il a le premier apporté à ses recherches le contrôle de la méthode graphique. Ses observations ont mis en lumière les réactions présentées par le cœur dans le cours des suppressions de la morphine.



Son expérience basée sur l'étude des cas les plus variés et les plus compliqués l'a amené, non seulement à formuler les préceptes les plus judicieux, mais aussi à réaliser les conditions d'une méthode de démorphinisation exempte de souffrances.

Ce que je sais de la question de la morphinomanie, je le dois à son enseignement si précis. Le Dr Jennings, à l'encontre de tant d'autres qui ne parlent jamais des procédés auxquels ils ont recours sans les entourer d'un certain mystère, expose ses méthodes sans réticence. Mais malgré leur facilité apparente, elles n'en restent pas moins d'une application délicate, et je ne crois pas qu'au point de vue technique, personne ait jamais égalé son tact et sa dextérité.

Si je préconise l'emploi de l'hypnotisme dans le traitement de la morphinomanie, c'est simplement parce que je me place au point de vue de la rééducation du caractère et de la volonté. Il n'est pas de morphinomane qui ne soit devenu un aboulique. L'hypnotisme constitue un des meilleurs moyens de reconstituer promptement le self-control et les pouvoirs d'arrêt. A ce titre, son intervention est légitime avant la suppression ; elle l'est encore plus dans la période de convalescence.

Dr RAFFEGEAU. — Je suis heureux de pouvoir également apporter mon témoignage en faveur de la méthode du Dr Jennings. Ce qui détourne beaucoup de morphinomanes de l'idée de se soustraire au dangereux poison dont ils sont devenus les esclaves, c'est la crainte des souffrances qu'ils croient inhérentes à toute tentative de sevrage, et dont on leur a fait un récit plus ou moins impressionnant. Ces souffrances du reste ne sont que trop réelles ; et c'est pour les atténuer que nous avons adopté jusqu'ici, au Vésinet, à la place de la méthode rapide, la méthode graduelle, qui nous permettait d'arriver à la suppression totale en huit ou dix jours : mais nous étions obligés de cacher au patient la dose quotidienne-

ment employée, et par conséquent de faire abstraction de sa volonté <sup>1</sup>.

Or, bien supérieur nous paraît aujourd'hui le procédé du Dr Jennings, dont nous avons été à même, le Dr Mignon et moi, d'apprécier les bienfaits déjà plusieurs fois. En effet, lorsqu'un morphinomane s'adresse à notre confrère, il lui tient à peu près ce langage : « Nous allons commencer votre traitement, mais ne vous tourmentez pas au sujet des doses de morphine que je vais vous injecter, je vous en donnerai autant que vous voudrez. Voici les moyens que nous allons employer pour vous aider à supporter la diminution du médicament. Ils sont par eux-mêmes très efficaces, mais je compte sur votre bonne volonté. » Et le traitement commence. Le malade nullement inquiet au sujet des malaises qu'entraîne la privation de morphine continue à peu près à mener sa vie habituelle. Au lieu d'être enfermé dans un appartement, sous la surveillance étroite d'un infirmier, il sort et se promène à son gré, à pied, à bicyclette ou en voiture. Au lieu de manger seul, il prend ses repas en commun, fait ensuite une partie de cartes ou de billard, et se distrait en un mot comme à son ordinaire. Peu à peu les doses diminuent avec son consentement ; s'il survient quelque dépression, la douche chaude précédée quelquefois d'un bain de lumière est là pour la remonter, et en huit ou dix jours, deux semaines au plus

1. Nous avons eu l'occasion, le Dr Raffageau et nous, de soigner dans le cours de l'année dernière deux confrères auxquels nous avons laissé une liberté relative, et près desquels notre surveillance avait été surtout morale. Ils ont parfaitement supporté leur sevrage l'un et l'autre en douze jours. Nous n'avions pas cru devoir les tenir au courant des doses décroissantes et ils n'ont connu leur sevrage définitif que vers le seizième jour : c'est sur ce point surtout que notre méthode diffère de celle du Dr Jennings.

Mais l'un d'eux, rentré chez lui, et à nouveau lancé dans le feu de sa grosse clientèle de campagne, eut, environ un mois après, une défaillance. Il nous écrivit alors qu'il avait failli succomber à nouveau



pour un sujet docile, le sevrage est terminé, sans qu'il y ait jamais eu de souffrance véritable.

Je ne puis donc que répéter ce que je disais tout à l'heure, c'est que le procédé du Dr Jennings l'emporte de beaucoup sur tous les autres. J'ai suivi le confrère anglais, dont vous venez d'entendre l'observation pendant tout le cours de son traitement, et j'ai été frappé de sa bonne humeur constante. La santé physique, loin d'être atteinte par le sevrage, n'a fait que s'améliorer et il a quitté. Le Vésinet tout à fait dispos. Le fait d'être démorphinisé sans souffrance est déjà un grand point, mais ce n'est pas le seul profit de la méthode Jennings. Ici la suppression ne se fait pas à l'insu du malade. Le médecin, au contraire, lui demande d'associer continuellement ses efforts aux siens, et par là même il rééduque sa volonté et le rend d'autant plus capable de résister dans l'avenir, à l'envie de recourir de nouveau à la morphine. Notre confrère fait donc ensemble de la psychothérapie, et sa communication trouvait ainsi sa place dans les travaux de notre Société. »

Nous croyons inutile d'insister davantage sur la valeur de cette méthode et sur l'intérêt pratique de cet ouvrage. Nous avons serré le texte anglais d'aussi près que possible, nous avons, plus d'une fois, sacrifié la correction du style à la crainte de déformer les idées originales de l'écrivain (traduttori traditori); que le lecteur nous pardonne donc un mot

mais que sa volonté avait retrouvé une telle énergie pendant sa cure, grâce à la liberté relative dont il avait joui, qu'il lui a suffi, au moment de la défaillance, de faire effort sur lui-même pour la surmonter définitivement et pour continuer à supporter ses fatigues et ses rhumatismes sans l'appui de la moindre dose de morphine.

à mot quelquefois trop rigoureux ; les idées philosophiques du D<sup>r</sup> Jennings, ses déductions cliniques, ses méthodes thérapeutiques ont tant d'importance et présentent pour le corps médical un intérêt si considérable que tous nos efforts ont porté sur la reconstitution aussi intégrale que possible du texte anglais dans sa forme comme dans son esprit.

D<sup>r</sup> H. MIGNON.



## CHAPITRE PREMIER

### La rééducation du « Self-Control »

Sauf une lettre parue dans *The Lancet* en octobre 1908, et dans laquelle je commente l'opinion du professeur Gamgee qui préconise ma méthode de traitement je n'ai fait paraître aucun travail sur le morphinisme depuis la publication de la seconde édition de mon livre en 1901.

Depuis cette date, cependant, j'ai accumulé un certain matériel clinique, et en dehors même de l'étude des résultats obtenus dans mes propres cas, j'ai été en correspondance avec presque tous les spécialistes les plus éminents, et j'ai essayé chacune des principales médications qui ont été proposées pour raccourcir la durée du traitement ou en diminuer les inconvénients.

Les observations que j'ai faites ont confirmé un grand nombre de résultats obtenus par d'autres, y compris ceux qui concernent la possibilité d'effectuer la suppression temporaire de la morphine par l'emploi d'agents médicamenteux. Néanmoins, je suis plus que jamais convaincu que dans l'habitude de la morphine, qui est une affection psychosomatique et dans laquelle les troubles mentaux et physiques sont

dans une si grande dépendance mutuelle, et si influencés les uns par les autres, le succès des mesures thérapeutiques, pour ainsi dire, dépend de la mentalité du malade et réciproquement <sup>1</sup>.

Il est absolument vrai que la manie peut être ju-

1. La question de l'action de l'esprit sur le corps en ce qui concerne la morphine a été traitée par un certain nombre de romanciers qui, avec une remarquable incompréhension de la façon d'envisager médicalement le sujet, en ont tiré des conclusions aussi dangereuses qu'erronées.

On peut proclamer la suprématie de l'esprit sur le corps mais c'est assumer une grande responsabilité que d'enseigner comme cela a été fait dans *the House of Defence* qu'une dose d'opium, qui serait fatale dans d'autres occasions, peut être prise sans aucun danger par un individu qui n'y est pas habitué, si ce dernier est convaincu que cela ne peut pas lui faire de mal. Dans ce livre, il y a un cas de guérison par la foi en la « Christian science » mais comme le médicament avait déjà été supprimé depuis quelque temps, il n'y avait évidemment pas de nécessité vitale à en reprendre un peu plus. Il ne restait donc plus à guérir, quand le miracle de la guérison fut accompli, qu'une sorte d'illusion mentale, que n'importe quel autre charlatan impressionnant aurait pu guérir aussi facilement. Dans un autre roman, une femme prit la même dose toxique que son mari, dose toxique pour elle, pour le dégoûter si possible de son habitude, mais elle fut sauvée par ce prodige d'amour. Grands sans doute sont les miracles qui peuvent être opérés par ce pouvoir mais il entre malheureusement aussi dans la nature humaine, une large teinte de doute et de faiblesse. Ce sont, selon ces métaphysiciens, des péchés qui empêchent l'effet de la « Christian science », et jusqu'au jour où l'humanité aura atteint une plus haute perfection, il sera plus prudent pour ceux qui n'y sont pas habitués, de ne pas expérimenter les poisons mortels.

De ce qui précède, on ne doit pas supposer que je refuse de reconnaître l'importance de l'élément psychique comme facteur important dans la maladie; car, comme en dernière analyse, nous ne pouvons pas distinguer entre la force et la matière, et que nous ne savons pas s'il y a une différence essentielle entre elles, chaque cellule peut en somme être un centre d'énergie et d'intelligence, et nous ne sommes pas sûrs que les lésions matérielles de structure, de chimisme, de



gulée dans un temps relativement court, par l'hyoscine, l'atropine, la duboisine, la piturine et par beaucoup d'autres alcaloïdes, ainsi que par des dérivés synthétiques de la morphine ou des phénols ; mais tous ces traitements exigent la contrainte et l'expé-

biologisme, ne soient pas dans leur essence psychologiques et par conséquent capables de guérir par un traitement psychologique.

De telles cures pourront être obtenues dans l'avenir quand l'action thérapeutique consistera en applications convenables d'un hypnotisme spirituel ou d'une sorte quelconque de force d'objurgations, qui par un processus d'induction capable d'augmenter la foi, pourront influencer par auto ou hétéro suggestion la conscience mentale ou subliminale. Les Christian scientists et les apôtres de la « nouvelle pensée » ayant à cette époque banni le péché du monde, seront alors capables d'exposer leurs enfants sans dangers aux maladies infectieuses et de guérir par les aspirations mystiques les tumeurs spécifiques du cerveau ou des anévrysmes de l'aorte qui exigent actuellement l'administration des iodures. Le katabolisme alors deviendra un subordonné de l'esprit, et l'esprit comme le prétend un écrivain contemporain ne dépendra plus de l'état du foie.

Mais à l'heure actuelle, il y a un facteur que nous ne sommes pas capables de contrôler : c'est le temps. En effet, quoique souvent très efficace dans les maladies imaginaires et sans lésions, la suggestion de la foi n'a pas encore eu de succès dans les maladies organiques et tant que le microbe ne sera pas complètement délogé, tant que l'absorption des tissus pathologiques ne sera pas accomplie par une foi guérissante, les malades qui pourraient peut-être guérir de cette manière, s'ils survivaient, auraient en réalité été sacrifiés, en l'état actuel de nos connaissances, à une folie frauduleuse, à un bluff monstre, et mourraient pour n'avoir pas eu recours à temps à un secours thérapeutique.

Car, si la science est évolutionniste, elle est aussi expérimentale, et dans la pratique médicale, nous devons nous servir des forces que nous avons appris à contrôler, tout en reconnaissant en toute humilité que nous ne connaissons d'elles, rien ou presque rien. Il est légitime de prévoir les possibilités de l'action psychique, mais pour l'instant, la science mentale appliquée au traitement des maladies organiques est dans la période première du stage expérimental. Dog-

rience montre que les résultats obtenus sont rarement définitifs. Quand le sevrage a été effectué, par contrainte, au lieu de l'être par la rééducation et la restauration de la volonté sous une direction librement consentie, cette façon de faire éveille pendant la suppression une hostilité latente qui persiste comme une idée fixée dans le subliminal. Ce désir subconscient est sûr de se ranimer dans un moment de faiblesse, sous forme d'un retour du besoin, et cela devient une cause de rechute dans l'avenir. Ainsi que le Dr Guimbail l'a remarqué : « La volonté dans le présent est une sérieuse garantie pour l'avenir : ceux qui soignent les habitués de la morphine ne doivent pas seulement viser à la suppression de la morphine mais surtout à la suppression du besoin. Pour réussir, nous aurons à effectuer en même temps l'éducation de la volonté endormie. » Dans

matiser sur quelques faits souvent mal interprétés, est une présomption d'ignorance. L'histoire de l'imposture montre que le public peut toujours être trompé par des subtilités métaphysiques, surtout quand toute preuve est impossible, car ce qui est incompréhensible semble toujours bien plus admirable. Il était cependant réservé au <sup>xx</sup>e siècle de tirer avantage de l'effondrement des vieilles croyances, pour faire naître le désir d'une nouvelle foi, et en combinant les déceptions de tous les temps et de toutes les nations, d'évoluer des idées des Épicuriens, des stoïciens, des orientaux et des idéalistes modernes pour arriver au dogme extraordinaire de la « Christian science ». Quand les augures qui exploitent cette affaire se rappellent que les hommes qui ont voué toute leur vie à de patientes recherches en arrivent généralement à cette conclusion qu'ils ne connaissent rien de définitif et que tous les résultats sont transitoires et provisoires, ils doivent rire, comme Démocrite, de la folie et de la crédulité des dupes qui paient pour leur traitement négatif et acceptent comme une vérité absolue leurs déductions mensongères quand ils prétendent que les conséquences de leurs interventions sont des effets réels des causes apparentes.



le même sens, le Dr Albert Deschamps, dans son remarquable ouvrage sur les maladies de l'énergie, parlant de la neurasthénie (et la morphinomanie peut être considérée comme une psycho-névrose toxique) dit : « Le rôle du médecin est d'encourager chez son malade, par tous les moyens possibles, la confiance dans le succès, la patience, la résignation, le courage, la persévérance, en un mot la volonté de faire l'effort nécessaire. Le succès de toute mesure thérapeutique dépend de la coopération intime et loyale du malade et de son médecin. Grâce à une discipline intelligemment choisie, et librement acceptée, le médecin peut restaurer l'énergie défaillante, même chez ceux qui sont tombés au fond du trou noir et ont perdu toute espérance. Pour se venger soi-même du destin, a dit le sage, il suffit simplement de vivre et de persévérer. »

Il ne faut pas cependant en déduire que, dans la *morphinomanie*, le traitement médicinal n'est que secondaire, car si l'encouragement est évidemment le meilleur moyen de supprimer le doute et l'anxiété qui tiennent le malade en esclavage, il n'y a pas de meilleur encouragement pour un morphinomane que de le délivrer, par un traitement approprié, des misères et des souffrances d'ailleurs réellement ressenties et qui n'en sont pas moins véritables quoiqu'elles soient considérablement exagérées par la mentalité du sujet. Un traitement physiologique approprié doit alors être la base de la conduite médicale.

La méthode que j'ai défendue pendant ces vingt dernières années consiste en trois grandes mesures thérapeutiques, associées à la réduction graduelle de

la morphine, réduction obtenue en diminuant progressivement la concentration de la solution, et à la substitution, dans certains cas, des injections rectales aux piqures.

Dernièrement j'y ai quelquefois ajouté de la diosnine, et quand la confiance du malade est complète, quand il est capable d'éliminer de son esprit le doute et l'anxiété, ces mesures peuvent être suffisantes ; dans le cas contraire on peut avoir recours à différents calmants.

Mais le traitement par les drogues n'est pas souverain, et à l'exception des toniques cardiaques, des agents qui neutralisent l'acidité, et des bains turcs

1. Dans un récent article sur la question, feu le professeur Gamgee dont l'expérience était évidemment considérable a donné toute son adhésion à ma façon de voir et de juger. Il approuve ma méthode dont le mécanisme ainsi que celui du traitement adjuvant est expliqué dans mes derniers travaux.

En France et ailleurs mes idées ont été adoptées par beaucoup d'auteurs, et ce que j'ai appelé ma triade thérapeutique a été appelée la méthode physiologique. Mais sir Clifford Albutt et le Dr Rolleston d'autre part, continuent à affirmer que le bicarbonate de soude, sous la forme de l'eau de Vichy, recommandé par moi contre l'hyperacidité, cause démontrée de la hantise par Hitzig et d'autres, est sans aucune utilité. Ils affirment que dans leurs mains les bains turcs n'ont pas eu d'action tonisédative sur les habitués de la morphine : que les toniques du cœur utilisés par les autres observateurs, leur ont semblé avoir une action contraire à l'effet cherché. En présence de l'accord complet de tous les spécialistes étrangers, des rapports de l'association américaine pour l'étude de la dipsomanie, 1893, et enfin de l'avis très compétent du Dr Norman Kerr recommandant cette technique, de telles conclusions sont évidemment fausses. Si ces contradictions sont inexplicables, cela tient, en ce qui concerne l'efficacité du traitement physiologique capable de soulager la hantise chez les habitués de la morphine, aux conditions de l'état mental du malade, cela dépend surtout de la confiance du malade en son médecin



qui répondent, comme je l'ai montré, à trois indications formelles, les médicaments et surtout les hypnotiques doivent être employés en aussi petite quantité que possible.

La renonciation doit être obtenue surtout par la restauration de la volonté, et rien n'est plus mauvais que la contrainte ou la suppression forcée.

Dans une récente thèse de Paris <sup>1</sup> qui prend la défense d'une méthode de ce genre, mais qui, en fait, en est la condamnation la plus formelle, le pourcentage des succès obtenus dans la pratique de l'auteur

traitant. Il n'est pas toujours possible naturellement, d'inspirer confiance dans la mesure nécessaire pour empêcher tous les malaises. Mais n'avais-je pas déjà rencontré plusieurs cas (dont j'ai rapporté l'un dans *The Lancet* du 10 août 1901) où l'habitude de la morphine a été sérieusement compliquée par le découragement causé par la lecture de l'article de sir Clifford Albutt; je ne l'aurais pas cru possible d'entraver de cette manière l'action physiologique et chimique.

1. *Contribution à l'Étude de la Morphinomanie*, Dr René Lefèvre, 1905.

Cette thèse donne les résultats obtenus dans un établissement où l'auteur était interne, par une méthode « rapide et physiologique ». Les cas relatés sont extrêmement instructifs, mais les résultats ne paraissent pas à l'avantage de la méthode, et ne font que démontrer combien il est difficile de diriger le traitement de la morphinomanie sans aptitudes spéciales. Voici du reste les résultats tels que l'auteur les rapporte :

1) Héroïnomanie. Le malade très agité et tourmenté par l'insomnie, quitta l'établissement peu après.

2) Morphino-cocainomanie. « Le malade retourna à la morphine.

3) « Le malade arriva prenant 25 centigrammes de morphine et de cocaïne, il quitta prenant les mêmes quantités. »

4) L'état de la malade après le traitement « laissait fort à désirer ». Elle ne donna pas ensuite de ses nouvelles.

5) *Le malade n'a pas rechuté.*

6) Le malade souffrait constamment d'hypèrchlorhydrie, qui le fit

est seulement de un sur dix, tandis que dans ma dernière série de trente cas traités, sans aucune contrainte, ce fut exactement le pourcentage de mes succès.

Jusqu'à présent j'ai surtout fait allusion à la nécessité d'appliquer un traitement psychique autant que physiologique, et à l'importance qu'il y a à entourer le malade d'une atmosphère morale convenable. Mais la création de cette atmosphère dépend non seulement du double traitement approprié mais surtout des conditions d'hygiène morale dans lesquelles ce traitement est exécuté, et une des plus importantes est l'attitude de l'entourage familial du malade. Ceux qui approchent intimement ces sortes d'asthéniques, devraient s'efforcer de vaincre la peine, la frayeur et l'anxiété qu'ils éprouvent eux-mêmes, et cela, quoique souvent difficile, n'est pas impossible. Il semble assez naturel que les épouses des maris esclaves de la fatale drogue, dont l'amour et le dévouement sont généralement touchants, doivent devenir impatientes, nerveuses, décourageantes et même constamment pleines de reproches. Avec ces sortes de malades, cependant, rien ne peut être plus mauvais qu'une telle attitude, car elle éveille une

se tordre sur son lit. Cet état dura pendant huit jours avant le sevrage. Pas de nouvelles ultérieures.

7) Le malade recommença ses piqûres immédiatement après son départ.

8) La malade qui avait supporté courageusement le traitement, ne s'injecte plus de morphine, mais elle s'est mise à fumer l'opium.

9) Recommença les piqûres au bout d'un mois.

10) Mort pendant la suppression.



hostilité inconsciente, même quand il se produit des accès intermittents de repentir et des résolutions de s'amender.

Rien n'est plus mauvais que de manquer de maîtrise de soi-même, mais, avec la confiance, l'espoir et la patience, l'affection d'une bonne épouse acquiert pour faire jaillir ce qui reste de bon chez son mari une puissance beaucoup plus efficace que les reproches.

Enfin, il est nécessaire que, non seulement le malade ait confiance en son médecin mais que le médecin soit bien convaincu par des expériences antérieures qu'il est capable de guérir son malade. Il doit être sûr aussi de sa propre capacité de persévérance, car, ainsi que le dit M. Deschamps, on a remarqué que dans de tels cas, il arrive souvent que celui qui se fatigue le premier, c'est le médecin. Notre entourage est influencé par nos réelles pensées, et la confiance en notre capacité pour venir en aide au malade inspire la confiance chez ceux que nous espérons réformer<sup>1</sup>.

1. Depuis la rédaction de ce qui précède, il a paru un article intéressant du Dr Chalmet sur la répartition de l'excitation comme cause de la neurasthénie (*Gazette des hôpitaux*, 1909); ce qu'on y lit s'applique également à l'asthénie causée par le besoin de morphine, et aussi par sa suppression chez les névropathes.

Dans la neurasthénie, c'est la surexcitation du cerveau (en tant qu'organe d'intelligence) par le passé ou les tourments, qui, en consommant constamment l'énergie disponible, en laisse trop peu pour l'organisme en général et pour le cerveau en particulier, d'où une psychasthénie secondaire.

Le Dr Chalmet a résumé succinctement ce qui devrait être le traitement de l'asthénie, et comme il est tout à fait d'accord avec ce que

Mais, si le succès est certain pour ceux qui sont capables d'une volonté soutenue, ceux qui sont désireux d'échapper à leur esclavage doivent être mis au courant des pièges qui peuvent compromettre la fin de la suppression et des dangers évitables qui

j'ai trouvé, soit dans le morphinisme, soit dans les autres psychoses, je reproduis ses conclusions en les appliquant également aux morphinisés.

Il dit d'abord que certains stimulants doivent être préférés et d'autres évités. Le malade ne doit pas être abandonné à ses craintes, à ses regrets qui sont aussi stériles que douloureux. Nous devons constamment lui répéter le *carpe diem* d'Horace, la nécessité de prendre le temps comme il vient, et de reconnaître que si certaines choses semblent mauvaises, cela dépend souvent de l'hypertrophie de l'imagination.

Le neurasthénique est tenace dans son découragement, et nous devons éloigner de son esprit l'image des causes de sa détresse morale. Nous devons lui donner l'énergie morale d'accepter ce qu'il ne peut pas éviter. Cela demande ce que Dubois appelle de l'orthopédie morale. Lévy, la rééducation de l'émotivité. L'on a la santé de son caractère, si le caractère s'améliore, la santé suit cette amélioration. Le malade doit être encouragé progressivement, il doit apprendre tout d'abord à accepter aussi courageusement que possible les petits maux et les petits découragements.

La volonté est faible parce que la force de pouvoir est affaiblie, il y a un cercle vicieux entre le caractère et la santé, l'anxiété et la faiblesse nerveuse. L'image du serpent qui mord sa queue montre que le cercle peut avoir un commencement ; ici le commencement, c'est l'anxiété, la préoccupation morale ; la maladie n'est en aucune façon imaginaire, elle n'est que trop réelle ; mais il est absolument nécessaire de corriger l'imagination morbide. Espoir et conviction doivent être le *leit motif* de l'encouragement et si le malade doute encore, nous devons avec la patience et l'autorité nécessaires, être capables de lui donner de l'espoir, encore et toujours de l'espoir, car c'est la foi fondée sur l'espoir et la confiance raisonnée qui guérit.

Le premier point est de renforcer l'énergie par la confiance et d'empêcher que le doute, l'anxiété et le découragement n'amènent sa disparition.

menacent un ex-habitué dans un avenir prochain.

Les grands obstacles qui se dressent contre le succès et les principales choses à éviter sont la faiblesse émotive, la tergiversation et l'exagération relevant de l'hystérie. Même quand le malade semble être parti dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire avec la conviction de la nécessité d'abandonner l'usage de la morphine, et le désir ardent de guérir, il y a des causes possibles d'échecs. Si les conditions du traitement ne sont pas tout particulièrement stipulées dès le début de la cure, il est très vraisemblable qu'un échec peut résulter de l'une de ces causes, et cela très souvent au moment où l'on croit tenir la guérison, si le malade la désire encore.

En règle générale un habitué de la morphine attend si peu de chose de l'aide médicale qu'il ne s'adresse au médecin que lorsqu'il est sérieusement alarmé par les conditions où se trouve sa santé générale, ou par quelque symptôme inquiétant. Mais quand le cas est traité d'une façon appropriée, il y a invariablement une amélioration dans la santé ; cette amélioration est parfois si grande que dans le cours de quelques semaines, il survient une véritable transformation et que le patient a recouvré une santé florissante.

La cessation de la morphine apporte une sorte de résurrection physique, à tel point que des cliniciens compétents ont sérieusement proposé ce moyen comme méthode régénératrice dans le traitement de la tuberculose. Toutefois cette renaissance physique commence même avant la suppression complète de la morphine : c'est la réciproque de ce qui arrive



quand on commence l'usage de ce médicament. Le bien-être exubérant des néophytes de la seringue est un fait reconnu, et le sentiment de bien-être à cette période, qui s'élève souvent jusqu'à la mégalomanie, en fait fréquemment des propagandistes. C'est seulement quand ils ont atteint les fortes doses que la santé commence à en souffrir.

Dans le sevrage de la morphine, le processus inverse peut être observé, et longtemps avant que le malade soit arrivé à la suppression complète, quand, ayant abandonné les deux tiers ou les trois quarts de ce qu'il prenait, il éprouve un retour de la vitalité et de l'euphorie morphinique. Il se sent alors merveilleusement bien ; la morphine a retrouvé toute sa séduction, tout danger en apparence a été écarté ; c'est à ce moment que toutes les promesses précédentes peuvent être oubliées, que les résolutions vacillent et que, plutôt que d'avouer le retour de la hantise de la morphine, le malade prétendra que sa souffrance est trop violente pour être supportée. La vérité, c'est qu'il ne désire pas aller plus avant dans la suppression de son toxique, sa mentalité a changé, et l'intensité de son malaise psychologique et le degré de son désir dépendront de ce facteur. Quant au malaise physique (le besoin réel), alors que tous les moyens possibles ont été employés pour le prévenir ou l'atténuer, il est le plus souvent mathématiquement proportionnel à la rapidité de la suppression et inversement proportionnel au zèle et au désir d'aller mieux. Les conditions physiques réagissent sur l'état mental et le besoin somatique rend le besoin psychique plus intense. Mais, quand le besoin

physique est réduit à néant, l'absence de malaise peut, par la suppression de l'obstacle, être une cause de fléchissement de la volonté, qui s'était maintenue aussi longtemps qu'il y avait une difficulté à surmonter.

C'est à ce moment-là, quand l'affranchissement ne semble plus aussi nécessaire ni désirable, que (quoique ce soit toujours un mensonge palpable) le malade se persuade qu'il a d'importantes affaires qu'il lui est impossible de laisser plus longtemps en souffrance et à moins qu'il n'ait été auparavant rigoureusement convenu qu'il ne doit y avoir aucune limite de temps pour son sevrage, il dira qu'il se considère de fait comme pratiquement guéri. *Passato il pericolo, gabato il santo*. Il se sent tout à fait capable désormais de supprimer, sans observer les conditions tout d'abord reconnues comme impératives, la dose très minime qu'il prend encore, mais s'il retourne dans de telles conditions à ses occupations habituelles, il est certain de rechuter.

Quand la suppression a été accomplie avec plein succès, la grande chose à éviter par la suite, comme d'ailleurs pendant la cure, c'est la satisfaction impulsive de l'appétit et particulièrement le dangereux usage de l'alcool, au sujet duquel un avertissement spécial est nécessaire.

Il faut se rappeler que la psychologie de la morphinomanie est basée sur cette loi que l'administration de stimulants est toujours suivie d'une dépression qui donne naissance au désir d'une nouvelle dose de stimulant. Cette loi a également une immense importance en ce qui concerne l'alimentation carnée et les conséquences de l'acidité urinaire.

Dans l'état de santé normal, quand le stimulant est de bonne qualité et quand on vit au grand air, la réaction de dépression peut être négligeable, mais en buvant de l'alcool, on sent déjà quelque chose du désir qui est un effet de la dépression consécutive. Chez les habitués de la morphine, la stimulation (car la morphine est un stimulant), la dépression consécutive et le besoin du stimulant, existent à leur maximum et quand la dose journalière décroît, le malade étant capable d'agir avec moins de stimulant, la réaction de dépression et le besoin décroissent dans la même proportion. Si cependant, à un certain moment de la réduction progressive, on donne un autre stimulant, on aura sûrement comme résultat la somme des deux effets dépressifs, et le besoin de morphine sera augmenté du besoin de l'autre stimulant. Ce besoin surajouté considéré comme malaise, peut, nous le supposons, être évalué par exemple à 10 % du besoin primitif de la morphine mais si, comme c'est probable, on peut par une méthode appropriée sevrer le malade, sans malaise, d'une quantité de morphine de 5 % par jour une addition de 10 % de dépression causée par l'alcool sera sentie autant que s'il s'était agi d'un vrai besoin de morphine.

En fait, l'organisme ne le ressent que comme un malaise dépressif, mais d'après les lois de l'association des fonctions physiques et psychiques, et d'autant plus que chez les habitués de la morphine pour chaque malaise dans le passé on a répondu par une dose de morphine, chaque malaise dans le présent est ressenti comme un désir de ce stimulant <sup>1</sup>.

1. Chaque excitation physique nous marque de son timbre et nous laisse après elle une impression résiduelle. Ce résidu est une tendance



Dans ce travail préliminaire, je n'ai donné comme illustrations à la méthode que j'ai adoptée, qu'un petit nombre de cas typiques; mais comme un écrivain l'a fait récemment remarquer : « La multiplicité des cas n'est pas toujours l'argument le plus convaincant. Les observations thérapeutiques exigent du temps et de l'attention, et un nombre limité de cas observés à fond peut offrir plus de renseignements qu'une simple statistique d'un grand nombre d'observations. »

La première et la plus importante de ces observations est rapportée par le malade lui-même et a été étudiée par conséquent d'une façon toute particulière. Les autres dont quelques-unes sont aussi des auto-observations, furent faites par quelqu'un qui jusqu'à un certain point ne fut qu'un spectateur, mais dont l'expérience personnelle du même esclavage le rendit capable néanmoins de pénétrer plus à fond qu'un observateur ordinaire les modifications subies par la mentalité de chaque malade.

La première observation consiste surtout en annotations prises heure par heure<sup>1</sup>; elle sera sans doute appréciée différemment selon les différentes classes de lecteurs. Ceux qui n'ont pas l'expérience de la morphinomanie pourront considérer cette auto-analyse faite par le malade lui-même, comme une preuve de l'hypertrophie hypochondriaque du *moi* qui porte

de l'impression à revivre désormais sous la moindre excitation, et c'est le commencement de l'habitude. Par sa répétition la tendance de l'impression à revivre augmente et l'habitude devient un besoin qu'il faut satisfaire.

1. Dans ce volume nous n'en donnons que le résumé succinct.  
(N. D. T.)

certaines psychopathes à exalter hors de toute proportion les symptômes physiques les plus insignifiants. Les habitués de la morphine, au contraire, qui ont expérimenté dans leurs anciens efforts de suppression, la pénible longueur du temps, pourront attacher une importance excessive à ces mêmes symptômes et se décourager quelque peu par leur persistance. Si cependant on examine ce cas avec soin on verra que :

1° Dans une forme désespérée et invétérée de cette passion, par un traitement physiologique appliqué par lui-même, dans des conditions appropriées d'isolement et de réclusion capables de détourner toutes les influences extérieures, le malade a pu ramener sa mentalité d'un état d'obsession à un état de sensibilité nerveuse ordinaire, à en reconnaître alors le véritable caractère et à prendre désormais sur lui-même un contrôle suffisant.

2° Comme corollaire à ce qui précède, si l'état décrit était en réalité névropathique et en partie hypochondriaque, il fut ramené à cet état par les remèdes physiologiques employés, qui, supprimant en grande partie le malaise momentanément ressenti, le rendirent capable de résister à la hantise des réminiscences subconscientes et de substituer à une idée fixe obsédante un idéal sain. Et ce résultat ne fut atteint ni par une auto-aberration ou une illusion, ni par la persuasion fausse qu'il ne devait pas souffrir, par une auto-suggestion quelconque<sup>1</sup>, mais bien

1. Les centres psychiques supérieurs peuvent être dissociés par l'automatisme inférieur, par l'hypnotisme, mais si la distraction et la suggestion par l'influence agissent utilement en prévenant l'interprétation morbide, et en désassociant les centres inférieurs de l'action

par le fait de regarder en face dans ses exactes proportions mentales et somatiques la réalité pathologique pour arriver à la vaincre, par les moyens thé-

délétère des centres supérieurs par la substitution d'une influence extérieure à la volonté absente du sujet, l'hypnotisme détruit l'équilibre nerveux et prive le malade de son self-control, c'est-à-dire du pouvoir de contrôle de ses centres supérieurs sur l'automatisme impulsif des centres inférieurs. Comme le dit Grasset, l'hypnotisme émancipe ce qu'il appelle le polygone du centre supérieur O. C'est ce qui amène la désagrégation polygonale, l'affaiblissement de la volonté, la diminution de la personnalité et du caractère. Il en résulte l'obéissance des centres inférieurs à un psychisme extérieur.

L'hypnotisme ne peut donc agir que sur les symptômes causés par la détérioration de la fonction polygonale, mais non sur la psychonévrose elle-même. On comprend alors que quand l'habitude de la morphine est une simple impulsion vicieuse (polygonale) l'hypnotisme y peut avoir une indication symptomatique; mais le contrôle extérieur des symptômes implique l'affaiblissement du self-control, et pour cette raison, la coopération active, volontaire et intelligente du malade étant une des principales conditions de la renonciation volontaire, l'hypnotisme comme méthode de traitement doit être évité. Car, lorsque la phase de crédulité est passée, comme cela arrive presque toujours, l'habitué de la morphine se trouve plus instable qu'avant, et moins justifiable de traitement, parce qu'il croira alors que l'amélioration temporaire n'est qu'imaginaire.

Les psychasthéniques savent ce qu'ils doivent faire, mais ils sont convaincus qu'ils n'ont plus la volonté d'agir, ou qu'ils ont à surmonter un obstacle infranchissable pour agir; ils doutent, et le rôle de l'intervention morale ne doit pas être d'asservir par la suggestion, mais de restaurer la volonté libre, et de la libérer de l'obsession.

De ce que je dis ici, il ne faut pas croire que je sois hostile à l'usage de l'hypnotisme dans le traitement du morphinisme: il est au contraire des plus utiles dans les cas de faiblesse vicieuse, et peut être employé avec certains malades pourvu qu'ils y consentent. Quelques hypnotiseurs ne reconnaissent pas cependant la réalité du malaise somatique et essayent le traitement hypnotique en supposant que tous les symptômes sont imaginaires. En pratique, avec mes malades, j'ai toujours fait des réserves sur la possibilité de difficultés ultérieures et je garde certains moyens pour la fin du traitement. Je



rapeutiques convenables : déracinant, peu à peu, et restaurant ainsi, le plus complètement possible, la santé et l'harmonie du substratum physiologique.

En ce qui concerne mes autres observations<sup>1</sup>, la mentalité de l'habitué à la morphine sera mieux comprise par l'étude de chacun des cas relatés, et je laisserai le lecteur tirer de leur étude ses propres

crois avec Bérillon que chez ceux qui sont encore sous l'influence des stimulants (alcool, tabac, thé, café ou morphine), l'état de calme nécessaire pour la production de l'hypnose est à peu près irréalisable. Il vaut mieux ne pas risquer un échec en essayant l'hypnotisme dans de mauvaises conditions, mais dans les cas favorables et au bon moment, cette méthode associée au traitement physiologique peut rendre les plus grands services. C'est l'opinion formelle de Bérillon qui, en parlant d'un cas traité par lui dit : « Je fis usage de stimulants physiologiques, d'accord en cela avec les principes défendus par le Dr Jennings, comme j'ai toujours fait en toutes circonstances. Dans trois autres cas traités par l'hypnotisme, j'ai utilisé comme adjuvant le traitement préconisé par mon collègue. (*Revue d'hypnotisme*, 1903.) On comprendra que je considère l'hypnotisme comme adjuvant à la méthode que je recommande, tandis que pour Bérillon le traitement physiologique est un adjuvant à l'hypnotisme, mais nous sommes tout à fait d'accord sur la valeur quand c'est nécessaire, de l'association de tous les moyens qui peuvent aider à la guérison. Je puis ajouter que, comme tous ceux qui ont étudié la question, j'ai toujours insisté sur la grande valeur de l'hypnotisme dans l'alcoolisme. « Un dernier moyen, qui est souvent de la plus grande utilité, disais-je il y a huit ans, dans mon ouvrage *The cure of the morphia habit*, c'est la suggestion hypnotique. Avec un malade qui l'accepte, elle sera extrêmement utile, et il est amusant de voir avec quelle facilité un alcoolique enclin à la colère et à l'entêtement peut quelquefois être privé de toute volonté et contraint de faire ce qui est raisonnable. Il est difficile aussi d'exagérer la valeur des toniques cardiaques, des bains turcs et de l'eau de Vichy comme moyens de soulagement des facteurs cachés mais généralement bien réels du besoin. »

1. Remplacées dans ce volume par les deux derniers chapitres (N. D. T.).

conclusions. Ils montrent cependant, comme je l'ai déjà établi, que le morphinomane peut apprendre à s'aider lui-même sans contrainte et sans le moindre malaise, quoiqu'il accepte de s'y soumettre et puisse facilement le supporter.

En outre, ces observations, que je ne donne pas comme un modèle de direction idéale et qui ne décrivent pas mon traitement actuel, n'ont d'autre but que d'être une documentation suggestive. Au point de vue psychologique, les lettres de mes malades rehaussent l'intérêt de leurs cas, mais elles ne doivent pas être considérées comme des témoignages ou des attestations de la valeur d'une méthode spéciale, et elles n'ont pas été écrites pour prouver autre chose que ce qu'elles contiennent.

Il y a, en réalité, entre autres choses, des mentions d'erreurs, d'hésitations, de faiblesses de la part du médecin autant que du malade qui peuvent être évitées dans l'avenir, parce qu'elles peuvent être prévues; mais on y trouve aussi des témoignages de difficultés surmontées finalement, malgré des reculs occasionnels et inévitables, témoignages d'efforts accomplis, de résultats sérieusement et définitivement acquis grâce à la persévérance dans le but à atteindre.

## CHAPITRE II

### Traitement médical général

J'ai établi dans le chapitre précédent que le traitement pharmaceutique n'est pas souverain, j'ai, je l'espère, indiqué d'une façon suffisamment précise, que la première condition du succès est une mentalité bien préparée, une volonté ardente et soutenue, la continuité de l'effort dépendant de l'adoucissement par un traitement physiologique appropriée des souffrances corporelles et de l'apaisement des malaises ressentis dans toutes les fonctions organiques, malaises qui sont les principaux facteurs des besoins morbides.

Aucun traitement cependant n'a beaucoup de chances de réussir si le malade n'est pas capable de vouloir se placer dans les conditions nécessaires pour arriver au succès, et de s'imposer le temps voulu pour obtenir le but poursuivi, la restauration de la volonté et le self-government par la restauration de la santé, le *mens sana in corpore sano*. Ce résultat ne peut être assuré qu'en évitant toutes les infractions aux règles d'hygiène, qui sont par les malaises qu'elles apportent, les grandes causes aggravantes du besoin.



Les détails de l'organisation de ce traitement seront discutés plus à fond dans un autre chapitre, mais ce qui est dit au sujet du traitement consécutif s'applique également à la période de sevrage.

Il y a une mesure prophylactique cependant d'une très grande importance, dont la négligence est souvent une cause d'insuccès et qui doit être prescrite comme précaution préliminaire dans chaque cure de suppression morphinique. Je veux parler de l'examen très sérieux de l'état de la bouche. La morphine a presque toujours une action nocive sur les dents, elle cause des caries, des périostites, de la gingivite expulsive. Le processus morbide peut continuer pendant la cure, sans être remarqué, car la négligence des morphinisés en cette matière est constante, leurs douleurs étant calmées par l'alcaloïde. Avec la suppression, cependant, on constate un retour à l'état normal avec même une exagération de la sensibilité, et si les dents n'ont pas été soignées, elles amènent sûrement de la douleur, de la névralgie qui deviennent une cause de rechute.

Pour revenir au traitement curatif par les remèdes, un grand nombre de calmants et d'hypnotiques peuvent être employés accessoirement comme médication symptomatique avec bénéfice ; mais si l'on veut arriver à une guérison définitive et non pas simplement à une suppression passagère, ces moyens doivent être évités le plus possible. Tout en lui donnant ce qui est nécessaire pour l'empêcher de souffrir, le malade doit comprendre que dans son propre intérêt il faut qu'il perde l'habitude d'avoir recours pour le moindre petit malaise à un médi-

cament, qu'il doit cesser en somme d'être un pharmacomane.

La dionine s'est montrée ces dernières années plus avantageuse que bien d'autres médicaments de la série que j'ai indiquée ; mais un malade à qui je l'avais prescrite, en a pris l'habitude, ce qui arrive souvent quand ceux qui se soignent eux-mêmes emploient une médication qui doit être symptomatique comme moyen curatif et quand le cas n'est pas dirigé d'une façon appropriée.

Pour l'hyoscine, j'ai écrit en 1890, lors de mes premières expériences, que je l'ai trouvée quelquefois utile. C'est incontestablement un des moyens les plus sûrs « d'abattre » le besoin, et les morphinomanes traités par ce médicament se croient toujours *guéris* lorsque, au bout de huit ou dix jours, on leur donne leur *exeat* de l'établissement où la knock-out cure a été appliquée. Cependant, quand l'abrutissement causé par la drogue se dissipe, le malade peut rester longtemps dans un état de déséquilibre et Crothers condamne ce traitement d'une façon formelle. On verra dans le dernier chapitre l'emploi de ce médicament dans des cas exceptionnels.

J'en dirai autant de l'atropine que j'ai trouvée parfois utile en l'associant à la pilocarpine, j'ai expérimenté aussi le pituri et différents autres traitements dont on trouvera l'exposé dans le dernier chapitre. Le bromure est rarement nécessaire, et s'il est quelquefois très utile, dans des cas plus rares il est plutôt manifestement nuisible à la guérison. A ce sujet je suis tout à fait d'accord avec

le Dr Crothers qui dit : « Sur un cerveau impressionnable, la bromuration a quelquefois des effets plus graves que la morphine elle-même ; les effets de fortes doses de ce médicament, après quelques mois, sont l'affaiblissement de la vitalité, la stupeur et la débilité générale. »

L'isopral, le trional, le sulfonal et le véronal sont tous des armes à double tranchant. Je les nomme dans l'ordre de leur innocuité relative, et quoiqu'un récent auteur américain vante la cure de la morphinomanie par le sommeil forcé, le fait de médicamenter ainsi pendant le sevrage laisse la porte ouverte à une possibilité de rechutes et, comme nous venons de le dire, les hypnotiques de toutes sortes ne doivent être employés que comme moyens de soulagement et comme complément du traitement rationnel. L'insomnie est au reste généralement le résultat d'une mauvaise méthode de traitement.

Le plus souvent, le malade qui est arrivé à renoncer par direction consentie sans contrainte, et pour ainsi dire par lui-même, recouvre le sommeil au cours de la démorphinisation<sup>1</sup>. Chez un certain nombre la crainte de ne pouvoir dormir peut empêcher le sommeil, et si le malade n'a pas assez de bon sens pour comprendre qu'une insomnie sans autre détresse ou hantise est la plus convaincante preuve de guérison, on donnera pendant quelques nuits un hypnotique. Mais quand il a passé sa journée bien remplie d'occupations ou de distractions, promenades à pied, en bicyclette, ou en voiture, en jouant

1. Voir chapitre X.



au billard, au bridge, etc., le patient dormira comme un juste, et le lendemain de sa dernière dose il reconnaîtra que la victoire est gagnée.

L'usage de l'alcool pendant le sevrage n'est rien moins que criminel, car si la suppression peut être obtenue de cette manière, le malade qui a appris alternativement à se soulager et à raviver son besoin de cette façon, rechutera inévitablement.

« Abandonner la morphine, dit Crothers, pour dépendre de l'alcool sous ses différentes formes, n'a jamais été une guérison dans aucun sens. En règle absolue, on ne doit pas se servir d'alcool pendant toute la durée de la cure. »

Le *combretum sundiacum*, introduit par les missionnaires de l'Orient, a été favorablement accueilli par quelques praticiens anglais, mais je ne connais pas d'autre témoignage en sa faveur et je n'en ai personnellement obtenu aucun résultat. Il ne contient guère que du tanin et on n'y a découvert aucun autre principe actif<sup>1</sup>.

La valériane, si vantée par Coleridge et de Quincey, je l'ai donnée dans le temps, systématiquement, à tous mes malades, mais avec les méthodes appropriées elle n'est pas toujours nécessaire. J'ai presque entièrement remplacé la coca par la strychnine : donner de la cocaïne, c'est jouer avec le feu. Je l'ai quelquefois donnée dans des moments difficiles, mais elle a toujours augmenté les impulsions hystériques.

1. J'ai soigné dernièrement un médecin qui avait administré ce médicament dans la Malaisie même à plus de cinquante morphinomanes sans aucun résultat.

Le chanvre indien peut aider grandement mais il donne aussi de désagréables surprises. La substitution de l'héroïne à la morphine est une façon de courir à un désastre certain.

Le traitement pharmacologique peut donc comprendre un certain nombre des agents qui précèdent, qui peuvent être jugés indispensables ; mais si certaines drogues administrées peuvent être appropriées à certaines indications symptomatiques spéciales, aucune ne peut l'être à titre de spécifique de la cure.

Le besoin de morphine, qui constitue la difficulté du traitement, n'est pas une entité pathologique comme la malaria ou la syphilis, curables par des agents comme la quinine, l'atoxyl ou le mercure qui agissent sur un élément morbide, mais un trouble pathologique général, causé par la suppression d'un stimulant habituel qui affecte toutes les fonctions du corps. On doit la considérer comme une résultante de plusieurs souffrances différentes combinées, et comme dans la vieille fable du fagot de bois qui ne peut pas être cassé d'un seul coup, mais qu'on casse facilement en brisant chaque morceau l'un après l'autre, ce désir peut se décomposer en facteurs qui, selon la façon dont le besoin du stimulant se fait sentir, constituent les indications symptomatiques essentielles.

Ces misères, ces perversions physiologiques, peuvent être évitées en grande partie par une direction appropriée, par des règles hygiéniques et diététiques bien suivies, par la surveillance des indications qui peuvent être traitées par une grande variété de

moyens thérapeutiques suggérés à coup sûr par les symptômes.

Je n'entrerais pas pour le moment dans le détail des règles de régime et d'hygiène nécessaires, mais elles peuvent être résumées en quelques mots : bon sens, prudence, sobriété, tempérance.

En ce qui concerne la méthode générale, un des points les plus importants est le mécanisme de la réduction de la morphine.

Sachant que la morphine est pour le morphinomane un stimulant et non pas un hypnotique, que l'effet sédatif et la durée du soulagement augmentent en raison inverse de son effet excitant ; d'autre part, que la stimulation immédiate pour une dose quelconque est proportionnelle au degré de concentration de la solution, il faut donner chaque dose décroissante de morphine dans un volume constant d'eau salée. Si de cette façon l'intensité du *coup de fouet* diminue avec chaque piqure, la permanence de sédation gagne d'autant.

Cela suffit quelquefois pour arriver à la cure, et explique les succès de hasard obtenus avec des remèdes charlatanesques ne contenant que de la morphine et qui peuvent être doués d'une puissance qui est la mesure en même temps et de la crédulité des dupes qui les prennent et de l'habileté de ceux qui font du commerce avec de la psychologie <sup>1</sup>.

1. Dans la *Medical Press and Circular* de mars 1909, j'ai détaillé des cas où les malades, guéris plus tard par ma méthode, avaient été trompés pendant quelque temps par des traitements contenant de la morphine alors qu'ils se croyaient aidés par quelque merveilleux remède inconnu de leurs médecins traitants. Le secret spécifique a une fascination



2) Si ce seul moyen ne suffit pas, ce qui n'est pas toujours le cas, les piqûres hypodermiques pourront être graduellement remplacées, quand le malade est arrivé à 10-12 centigrammes par des injections rectales (pas de suppositoires): celles-ci seront alors progressivement diminuées jusqu'à suppression, plus ou moins rapidement, suivant les circonstances.

J'employai autrefois comme médicament de transition, dans les cas où les malades étaient craintifs et hésitaient à franchir le dernier pas, la solution d'alcaloïdes méco-narcéiques de Duquesnel. Cette préparation n'existe plus, mais MM. F. Hoffmann, La Roche et C<sup>o</sup>, qui préparent déjà un produit très intéressant, le pantopon, solution ou tabloïdes injectables contenant la totalité des alcaloïdes de l'opium, ont bien voulu sur mes conseils reprendre cette idée et vont préparer des solutions répondant au même desideratum. Une solution de la totalité des alcaloïdes, la morphine excepté, a déjà été réalisée, ou à peu près. MM. Hoffmann et La Roche comptent obtenir aussi la solution méco-narcéique pure semblable à l'échantillon de celle de Duquesnel que je leur avais fournie. Il ne faut pas attendre des médicaments plus qu'ils ne peuvent donner, mais le rétablissement de la volonté dépendant de la régularité et de la persévérance dans la suppres-

infaillible, car l'obscurité est une grande force et maintenant comme toujours, le public prend tout ce qui est inconnu comme magnifique. Mais, dit Crothers, trouver un succédané capable de soulager complètement le malaise, la douleur, l'inquiétude qui suivent la suppression de la morphine, c'est le rêve des médecins crédules, c'est la gloire des charlatans et des hâbleurs, mais c'est loin d'être réalisé.

sion méthodique, on comprend l'intérêt qu'il y a pour les cas difficiles de malades profondément obsédés, à disposer d'un dernier médicament de transition qui rende les dernières étapes de la progression pour ainsi dire insensibles.

Concurremment avec la méthode de réduction progressive que nous venons d'indiquer, et avec toute espèce de physiothérapie pouvant être nécessaire, je me suis toujours servi des trois modes de traitement qui constituent ce que j'appelle mon trépied thérapeutique.

## CHAPITRE III

### Traitement physiologique.

#### TONIQUES CARDIAQUES

Depuis un certain nombre d'années, j'ai employé les toniques du cœur et le bicarbonate de soude dans le morphinisme, non pas comme traitement spécifique, mais comme la partie du traitement capable de combattre les troubles physiologiques, causés par la suppression, et de soulager ainsi les principaux facteurs du « besoin » en ramenant les souffrances habituellement intolérables d'un sevrage ordinaire à un minimum parfaitement supportable.

L'importance de ces mesures thérapeutiques fut confirmée par feu le professeur Gamgee qui, suivant la même voie que moi-même, a insisté sur la nécessité de reconnaître les causes multiples du « besoin » et les trois modes de traitement, qui sont les mêmes que les miens, et qui sont indiqués par ce qu'il appelle « les trois grands groupes de symptômes », mes « indications thérapeutiques ».

En exprimant cette opinion le professeur Gamgee est arrivé, il faut l'avouer, à la conclusion qui a longtemps été très généralement adoptée à l'étranger, mais il n'exprime pas les idées de la majorité



des auteurs anglais, dont quelques-uns justement considérés dans leur profession comme des autorités en d'autres matières ont déclaré que ces mêmes moyens de traitement étaient inutiles.

Sir Clifford Allbutt et le D<sup>r</sup> Rolleston, par exemple, disent qu'ils ont essayé ces moyens thérapeutiques mais qu'ils ne leur ont trouvé aucune utilité. La prescription du bicarbonate de soude, dans le morphinisme, m'a écrit le premier : je l'ai considérée comme une marotte.

Avant d'entrer plus avant dans la discussion de la partie physiologique du morphinisme, remarquons une fois de plus l'inutilité de tenter une cure, par quelque moyen que ce soit, sur un malade qui a une mentalité mauvaise, c'est-à-dire un malade qui n'a pas réellement l'intention d'abandonner sa passion, sachant qu'on peut l'aider d'une manière efficace. Mais étant donné que cette mentalité dans le morphinisme dépend plus du subconscient que de la conscience, il est évident que quand le substratum somatique est affranchi par des médications appropriées d'une grande part des malaises provenant de la perversion des fonctions, la hantise causée antérieurement par les malaises organiques sera soulagée et il en résultera un soulagement de l'obsession insurmontable.

C'est en les soutenant dans cette voie, que pendant ces dix dernières années, j'ai pu guérir 90 % des malades (presque toujours des cas en apparence désespérés) qui ont été soumis à mes soins, avec la renonciation volontaire et progressive ; un des derniers avait pris de la morphine pendant un quart de siècle.

cle et sans arrêt pendant les vingt dernières années.

D'autre part, beaucoup de mes malades, le plus souvent des médecins distingués, ont précédemment échoué, parce qu'ils avaient été détournés des moyens de soulagement par la lecture des auteurs classiques et restaient découragés presque toujours par l'emploi de la méthode préconisée par sir Clifford Allbutt dans sa monographie sur le morphinisme.

Comme, d'ailleurs, à côté de chaque morphomane bien connu, étiqueté comme un « drug-fiend », il y a deux fois plus de morphinisés d'habitude qu'on ne le croit, aussi bien dans le corps médical qu'en dehors de lui, malades insoupçonnés parce que la plupart croient qu'il est inutile de faire appel à la science d'un médecin, alors que tous seraient si heureux d'être débarrassés, il est essentiel de rectifier une si grave erreur pour lutter contre un manque d'espoir si largement répandu.

#### TONIQUES DU CŒUR

Sir Clifford Allbutt et le Dr Rolleston contestent l'indication des toniques du cœur pendant la suppression de la morphine, et nient complètement l'action tonique de la spartéine sur le cœur. Ils disent que le premier des tracés donné dans mon mémoire <sup>1</sup> et reproduit ci-contre avec le plateau que j'ai décrit, pris dans la période de besoin, mon-

1. Modifications du pouls dans la morphinomanie (avec le professeur Ball). *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1887.

tre seulement un accroissement de tension, et que l'effet de la spartéine comme de la morphine est une diminution de la tension prouvée, d'après eux, par les deuxième et troisième tracés sphygmographiques. Huchard, au contraire, pense que l'état habituel d'un morphinisé chronique est l'hypotension, et les observations cliniques des morphinomanes montrent que, au moment où le tracé marque un sommet aplati, la tension est à son minimum.



Au lieu d'une contraction des artérioles et des capillaires, comme le suppose sir Allbutt, il y a en fait à ce moment-là, comme un clinicien peut le reconnaître, une dilatation vaso-parétique, avec une circulation paresseuse, une demi-stase vaso-motrice par asthénie par privation de morphine, correspondant à la faiblesse de l'impulsion cardiaque, due à la faiblesse de l'innervation cardiaque provenant de la même cause.

Cet état de parésie, dû au besoin du stimulant accoutumé, à un amorphinisme relatif, est instantanément relevé par la morphine qui, chez les habitués, au moment de son administration est un tonique merveilleux, ou par la spartéine qui donne alors exactement le même tracé que la digitale, fait qui prouve que, dans la passion morphinique, la mor-



phine et la spartéine, comme la digitale, sont des toniques du cœur; le pouls aplati de la période de désir, qui dans quelques circonstances comme dans les néphrites, par exemple, indiquerait une tension élevée n'a pas cette même signification dans l'amorphinisme.

A ce moment il indique, en ce qui concerne le cœur, une impulsion diminuée, comme dans l'anévrisme de l'aorte on voit absorbée une grande partie de l'ondée sanguine. Il y a donc hypotension dans l'amorphinisme, et restauration de la pression systolique et de la tonicité, par la morphine et la spartéine, que l'on peut facilement constater au sphygmomanomètre, ou par tout autre instrument plus simple, capable d'estimer la tension artérielle.

Les tracés sphygmographiques ne donnent pas toujours une évidence positive : ils peuvent avoir besoin d'être interprétés. Les mêmes tracés peuvent être obtenus exactement dans les mêmes conditions, mais aussi des tracés semblables s'obtiennent dans des circonstances différentes quand il y a des conditions opposées qui se compensent<sup>1</sup>.

1. Le Dr Haig, il est vrai, dans le *British Medical Journal* de 1889 et dans son travail sur l'acide urique donne des tracés similaires à ceux qui précèdent et établit qu'ils indiquent une hypotension sous l'influence de la morphine qui débarrasse le sang des acides et une haute tension pendant la période du contre-coup réactionnel de l'opium. Pendant l'hypotension due à l'influence de la morphine, le malade, dit-il, est heureux et confortable, et sans désir sexuel; pendant la réaction, le contraire se produit; haute tension, malaises et excitation sexuelle.

Sir Clifford Allbutt ayant très vraisemblablement suivi l'autorité du Dr Haig, il faut noter que les tracés donnés par cet auteur furent obtenus après l'administration de la morphine ou de l'opium chez des

Mais, même en supposant, ce qui n'est pas, que l'action de la spartéine ne soit pas, comme l'ont montré Laborde, Pouchet et d'autres observateurs compétents, un tonique cardiaque direct dans des conditions ordinaires, et qu'elle soit seulement un moyen d'abaisser la tension, c'est une erreur de supposer que les drogues qui abaissent la tension ne peuvent pas avoir un effet tonique sur le cœur. Elles peuvent

gens normaux et que, dans ce cas, l'action est justement inverse de ce qu'on observe dans le morphinisme.

Le tracé de haute tension fut obtenu après une dose d'opium donnée la veille. L'autre observation montre l'effet de deux doses successives de 1/6 de grain de tartrate de morphine qui équivaut au 1/10 de grain d'hydrochlorate ou d'une petite dose d'opium ou de morphine sur lui-même qui n'a pas été continuée plus d'un jour ou deux.

Il est évident que le Dr Haig a complètement ignoré que l'action de la morphine est tout à fait différente chez les habitués et les non habitués. D'après sa théorie, il trouve que la disparition de l'acidité sanguine sous l'influence de la morphine amène de l'hypotension, du bien-être, la diminution ou la disparition complète de l'appétit sexuel. A la réaction morphinique, il trouve de l'hypertension, un malaise général, et un désir insurmontable. Mais si cela est vrai des habitués et le Dr Haig cite un cas mentionné par moi dans l'*Encéphale*, c'est exactement le contraire chez les personnes qui n'ont pas l'habitude des opiacés ou même chez celles qui n'ont pris que peu de temps des petites doses. La morphine qui chez les non habitués baisse la tension peut toutefois débarrasser le sang de son acidité, mais au lieu d'être un anaphrodisiaque, elle a l'effet tout à fait opposé comme chaque habitué l'a éprouvé dans son apprentissage.

Dans un précédent mémoire, j'ai discuté à fond ce sujet et j'ai montré que dans le monde du plaisir, c'est l'effet de cette vigueur d'excitation qui pousse tant de récents adeptes de la seringue à devenir des propagandistes à leur nouveau culte. Par conséquent, la présence ou l'absence d'acide dans le sang n'a pas tant à faire avec le désir sexuel que le suppose le Dr Haig, et cela montre que lui-même comme Allbutt qui, lui aussi, a fait sans doute ses expériences chez les non habitués, ont confondu les résultats de deux situations totalement opposées.

agir ainsi, même chez un malade qui ne prend pas de morphine, quand soulageant la tension en diminuant l'effort, elles donnent le repos et de la force à l'organe fatigué.

Mais la morphine et la spartéine n'agissent pas de cette façon dans le morphinisme, l'état des artérioles et des capillaires au moment du désir de morphine n'est pas un spasme ni une contraction comme le pense sir Clifford Allbutt, mais bien une dilatation ischémique, provenant du retard de l'action chimico-vitale; l'effet de ces médicaments ne peut être que de restaurer la tonicité et de remplacer une congestion passive par une hyperémie active.

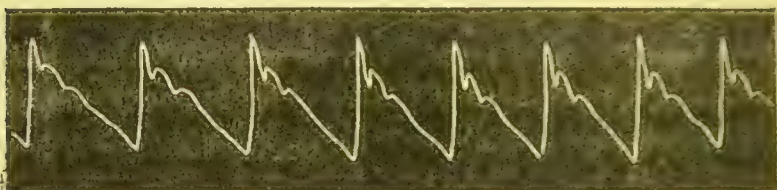
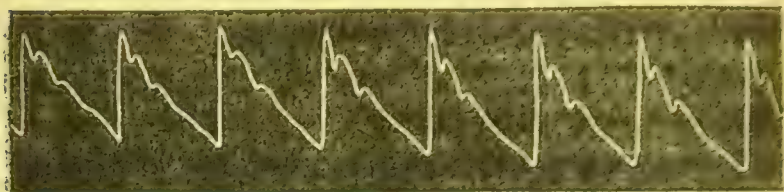
Pour le montrer toutefois par le sphygmographe, les tracés doivent être pris au moment voulu, c'est-à-dire au moment où le malade se trouve assez mal pour appeler au secours <sup>1</sup>. C'est dans de telles conditions que le premier des trois tracés a été pris, le second montre l'effet de la morphine, le troisième celui de la spartéine dans les mêmes conditions, un

1. Les observations sur les tracés sphygmographiques du pouls chez les habitués nous ont donné, dit Crothers, la base physiologique d'un système rationnel de médication. La spartéine et la caféine, ajoutées-il, sont très efficaces dans de nombreux cas.

Les seuls cas dans lesquels j'ai trouvé la spartéine inutilisable aux doses ordinaires ont été ceux dans lesquels il y a un excès de tension due à l'abus du tabac; et si la spartéine amenait de l'hypotension ce serait précisément dans de tels cas qu'elle se serait montrée utile. Chez un malade, la tension mesurée au sphygmomanomètre de Riva Rocci fut trouvée au-dessus de la normale, dans ce cas, des cigares avaient été fumés toute la journée, et la dose ordinaire de spartéine amena un mal de tête insupportable. On peut remarquer que la spartéine à la dose ordinaire est toujours mal supportée par ceux qui abusent du tabac. Elle devient la pierre de touche de l'intoxication nicotique.



tracé pris juste avant son administration ayant donné exactement la même ligne que le numéro 1.



La spartéine, comme la morphine, agit donc dans la morphinomanie comme un tonique cardiaque immédiat et parfait, et à côté du témoignage de l'évidence des physiologistes, et de mes malades, qui affirment constamment que la spartéine les rend capables de se monter de fortes cotes et de faire des exercices physiques dont ils auraient été autrement incapables, l'expérience universelle des spécialistes est concluante.

Il est donc évident qu'en condamnant dans leur travail les toniques du cœur qui constituent, comme le reconnaît le professeur Gamgee, une des plus formelles indications du traitement, et en affirmant que la spartéine n'est dans ces cas qu'un abaisseur de tension, qu'elle ne peut avoir d'action tonique sur le cœur, et que par conséquent elle n'est d'aucune utilité dans le morphinisme, sir Clifford Allbutt et le

D<sup>r</sup> Rolleston sont arrivés à la plus fâcheuse conclusion. Il est évident aussi, que les résultats originaux généralement admis maintenant de Germain Sée qui la considère comme agent dynamogénique, de Laborde qui l'appelle le métronome du cœur et de Pouchet qui dit qu'elle est un tonique cardiaque incontestable, toutes choses admises par la plupart des pharmacologistes anglais, ces résultats, dis-je, doivent être acceptés comme définitifs et exacts.

Dans ce chapitre sur l'importance de la médication toni-cardiaque, nous avons surtout insisté sur la valeur de la spartéine et sur son action tonique dans l'amorphinisme, mais nous n'avons pas voulu soutenir qu'il faille toujours donner des toniques du cœur, ou que lorsqu'ils sont indiqués, la spartéine soit toujours le médicament de choix. Dans un sevrage assez lent chez un tributaire de la morphine dont le cœur est fonctionnellement sain, la nécessité de cette médication peut ne pas se faire sentir, mais le plus souvent le malade, sevré sans un secours de ce genre, est beaucoup moins dispos. Il reconnaît que ce traitement lui donne « du cœur ».

En général les morphinisés, en cours de sevrage, préfèrent la spartéine, parce que l'action en est plus rapide, mais lorsque cet alcaloïde est mal supporté, on peut avoir recours, soit à la digitale, soit au strophanthus. La digitoxine de Cloetta (digalène) est une excellente préparation, et étant injectable agit très rapidement. La strychnine, la caféine, et dans certaines circonstances la théobromine, sont de précieux adjuvants. Ce dernier (injectable aussi sous forme de théobrominate de lithine, théobromose)

nous a rendu de grands services dans un cas de morphinisme compliqué d'albuminurie persistant après le sevrage et qui est rapporté plus loin. Le cactus grandiflorus est spécialement préconisé en Amérique, mais il nous a paru inférieur aux agents déjà nommés.



## CHAPITRE IV

### Traitement physiologique (*suite*).

*Bicarbonate de soude ; eau de Vichy ; purgatifs.*

Dans ma dernière édition (1901) j'ai appelé l'attention sur le fait que ce traitement symptomatique de la suppression de l'hyperacidité gastrique et générale, à mon opinion très importante, avait été improprement exagéré par Erlenmeyer dans une méthode à laquelle il a donné le nom prétentieux de *démorphinisation chimique*. Sir Clifford Allbutt qui ne connaissait rien de cela, et qui cependant considérait Erlenmeyer comme une autorité, quoiqu'il ait été peu familiarisé avec les idées réelles de cet auteur, le cite comme recommandant un traitement tout à fait différent, auquel il avait renoncé depuis longtemps. Il ne croyait pas nécessaire de discuter dans son article sur la morphinomanie l'application du bicarbonate de soude auquel il refuse de reconnaître de l'importance.

L'eau de Vichy n'est pas un traitement contre la morphinomanie. Comme méthode spécifique de traitement il n'y a pas de doute, c'est une exagération, une généralisation hâtive, et en conséquence de cette

exagération l'omission de sir C. Allbutt était excusable encore il y a dix ans. Mais à l'heure actuelle, le témoignage des spécialistes sur sa valeur symptomatique est unanime et concluant, et il est surprenant de constater que, dans sa dernière édition, sir Clifford Allbutt reste encore ignorant des faits de la cause, et continue de dénier toute valeur à l'eau de Vichy.

Comme preuve de ce que je rapportais dans ma dernière édition, il aurait été facile d'ajouter d'autres autorités suffisantes pour en faire un petit volume ; mais avant d'apporter ces genres de preuves de la valeur de ce traitement, il serait intéressant d'expliquer son mode d'action dans le morphinisme et de montrer comme pour la spartéine qu'il ne peut pas manquer d'être utile.

La morphinomanie est une neurasthénie toxique, une maladie de sur-stimulation, et en dehors des indications spéciales des toniques cardiaques, pour un cœur affaibli, privé de sa stimulation habituelle, tous les autres symptômes somatiques peuvent être considérés comme des troubles nerveux du chimisme intime. Ils réagissent l'un sur l'autre comme l'ensemble des troubles fonctionnels réagit sur l'état psychique.

La sur-stimulation a pour résultat de produire une perversion métabolique, d'amener de la fatigue, et cette fatigue des centres nerveux cause une insuffisance catabolique, la formation d'acides qui à leur tour maintiennent l'épuisement nerveux par le changement d'état chimique des cellules. J'ai signalé le premier, en 1887, cet état comme facteur du besoin

du « craving ». Deux ans après le Dr Haig trouvait un excès d'acide chez les morphinomanes, et c'est une chose admise maintenant que la fatigue physique ou morale donne naissance à une formation d'acides et que la stimulation amène une excitation anormale de l'énergie, qui laisse à sa suite par réaction de la dépression et de l'épuisement (surtout dans la passion de la morphine). Dans la fatigue normale à l'état de santé, les acides (phosphorique, lactique, carbonique) sont vite éliminés, mais quand la fatigue devient plus ou moins permanente, comme dans l'asthénie toxique morphinique, les noyaux des neurones qui dans leur état normal sont alcalins, deviennent acides, comme on peut le constater histologiquement : la même chose est vraie pour tous les muscles de l'organisme ; quand un organe fatigué est examiné histologiquement, on trouve une réaction acide.

Comme je me confine ici à la question de l'acidité, je ne dirai rien des autres produits de la perversion métabolique qui peuvent tous aider à amener de la fatigue. Mais, comme dans d'autres cas de nutrition ralentie, le diabète, par exemple, il y a dans le morphinisme beaucoup de produits intermédiaires de combustion imparfaite tels que l'indican que l'on peut trouver dans l'urine, et dont l'oxydation plus complète peut être facilitée par le bicarbonate de soude qui amènera en même temps le soulagement des malaises causés par ces produits.

J'ai fait allusion à l'abondance des documents sur cette question et si j'insiste quelque peu, quoique l'eau de Vichy ne soit pas par elle-même une cure



de la morphinomanie, chaque facteur de traitement ayant sa part dans l'efficacité de l'ensemble des mesures employées, son administration pourra amener du bien-être pendant le sevrage, et son omission pourra tourner l'échelle du côté de l'insuccès au lieu de la tourner du côté du succès.

Dans un article lu à la Société de Médecine légale à Paris en 1906 sur le « traitement des intoxications chroniques par l'opium, et la cure de Vichy », par le Dr Lebeaupin, celui-ci, un spécialiste de Vichy, établit qu'il a fréquemment essayé ma méthode de traitement et, ajoute-t-il, « nous n'avons jamais eu qu'à nous louer des résultats obtenus.

« L'usage de l'eau de Vichy, prise à la source, est le meilleur remède de l'hyperacidité générale, résultant de l'état de besoin qui accompagne le sevrage. Chez tous les malades intoxiqués par l'opium ou la morphine, l'abstinence amène l'hyperacidité de l'estomac, l'affaiblissement du cœur et l'irritabilité nerveuse.

« L'hyperacidité de l'estomac est un fait qui a été reconnu depuis quelque temps, et pour combattre cette acidité, l'usage des alcalins est évidemment indiqué, et en particulier le bicarbonate de soude. »

« Erlenmeyer, dit-il de plus, s'est approprié cette idée, et décrit sous le nom de démorphinisation chimique un traitement qui est en réalité une partie de la méthode d'un autre auteur.

« Le meilleur moyen d'appliquer ce traitement est d'ordonner l'eau de Vichy comme il le recommande. Guimbail déclare aussi que les alcalins doivent être prescrits particulièrement sous la forme d'eau de Vichy. Le bicarbonate de soude agit aussi sur la

stase sanguine, il devient ainsi un puissant tonique du cœur et de la circulation à un moment où il est nécessaire d'agir sur la vaso-dilatation, qui causée par l'acidité générale se trouve régularisée par l'action tonique du bicarbonate. Cette action s'ajoute à celles de la digitale et de la spartéine qui, comme nous l'avons vu, forme un des piliers de notre triade thérapeutique. »

Jardet et Rivière, dans leur communication au Congrès international d'hydrologie en 1896, ont aussi indiqué l'action bienfaisante de cette eau dans l'intoxication chronique par l'opium et la morphine.

« Il ne faut pas croire cependant, dit Lebeaupin, que cette méthode constitue un traitement complet. La cure de Vichy, comme elle est généralement pratiquée, n'est pas seule suffisante; mais si, comme nous l'avons vu, les eaux alcalines entrent pour une large part dans les moyens thérapeutiques à employer, elles ne constituent pas une méthode complète. »

« Les toniques du cœur, ajoute-t-il, et les mesures hydrothérapiques spéciales, sont aussi nécessaires, sans compter les médications accessoires, injections rectales, conditions convenables d'existence et de direction générale, qui doivent être employées concurremment avec les trois grandes indications de la méthode. »

Cette opinion est généralement acceptée par les écrivains français<sup>1</sup>, et dans tous les traités modernes,

1. Voir les traités spéciaux de Guimbail, Rodet, Chambard, Pichon, etc.

les toniques du cœur et l'eau de Vichy sont indiqués comme éléments essentiels du traitement thérapeutique.

Nous avons déjà dit que l'usage du bicarbonate a été exagéré sous le nom de démorphinisation chimique, comme traitement indépendant et après Erlenmeyer, feu le professeur Joffroy s'est déclaré lui-même il y a quelques années en faveur de cette méthode. Ce fut cette exagération qui, sans doute, retarda l'acceptation, par d'autres que les spécialistes, de la valeur de l'eau de Vichy comme traitement symptomatique.

On doit cependant noter que dans des cas exceptionnels qui naturellement n'infirment pas la règle, ceux qui sont bien décidés à cesser l'usage de la morphine s'ils peuvent obtenir un soulagement suffisant, ont quelquefois trouvé dans l'eau de Vichy tout ce qui est nécessaire pour diminuer le malaise général à un degré compatible avec la renonciation (1).

Le Dr Clermont, dans un récent article publié dans *le Centre médical*, cite Glénard qui a rapporté un cas dont l'intérêt réside dans ce fait que l'eau minérale a été donnée en injections hypodermiques.

Le malade en question, un médecin âgé de 30 ans, souffrait d'une neurasthénie hépatique paludéenne et depuis un an il prenait sous la peau dix centigrammes de morphine par jour et en plus du chloral ou du bromidia.

1. Crothers qui représente dignement la médecine américaine, dit : « Pendant tout le traitement il y a grande utilité à se servir des préparations alcalines capables d'empêcher ou de neutraliser l'acidité du tube digestif, c'est essentiel dans toute méthode de traitement. »



Il avait des symptômes d'anorexie, d'insomnie, de faiblesse, de vertige, de maux de tête; il avait perdu 22 livres de son poids; le foie était souple, abaissé, et sensible à la pression, il se soumit lui-même au traitement suivant : 600 grammes de Grande-Grille par jour, 7 grammes de sulfate de soude tous les matins, nourriture restreinte, douches froides et chaque jour, matin et soir, deux injections hypodermiques de Grande-Grille.

Il prit d'abord un gramme à chaque injection, puis trois grammes, le troisième jour cinq grammes, le quatrième jour dix grammes, le jour suivant il se fit lui-même une injection de quarante grammes, après quelques jours soixante grammes, et enfin du seizième au vingtième jour quatre-vingt-dix grammes par jour, il n'y eut jamais de réaction locale, mais les premiers jours, il sentit quelquefois, dix minutes après l'injection, une sensation d'excitation suivie, au bout de quinze minutes, d'une heure ou deux de dépression.

A partir du huitième jour l'appétit et la force revinrent.

Il réduisit la morphine à trois centigrammes : du douzième au treizième jour il eut quelques douleurs gastriques (la crise thermale) qui l'obligèrent à renoncer pendant un certain temps à l'ingestion de l'eau, mais pas aux injections hypodermiques.

A partir du quatorzième jour, il y eut une amélioration générale, qui augmenta à la fin, mais son poids diminua de quatre livres.

L'observation de Glénard, dit Clermont, nous permet de supposer que l'eau de Vichy absorbée par l'hypodermie a une action utile dans la cure de la

morphinomanie. Conclusion que je puis accepter entièrement (1).

Mon troisième grand moyen thérapeutique, le bain turc, est discuté dans un autre chapitre. Mais avant d'en finir avec cette question du traitement physiologique, quelques mots sont nécessaires au sujet de l'administration des purgatifs.

On dit que dans l'organisme, la morphine se transforme en un corps qu'on appelle oxydimorphine et que c'est la présence de cette substance dans le sang, et non le manque de morphine, qui cause le besoin.

Dans cette hypothèse le traitement physiologique devrait comprendre alors la détermination de décharges éliminatoires qui constitueraient un moyen naturel de cure.

Ce plan est adopté dans les sanatoriums où l'on cherche la suppression rapide et la violence du traitement aide sans doute à tuer la passion.

Personnellement je n'ai pas l'expérience d'une telle méthode de « knock out » qui est entièrement inapplicable dans la renonciation volontaire basée nécessairement sur la suppression de l'obsession. Plusieurs de mes malades avaient cependant été guéris provi-

1. Glénard dit que l'eau de Vichy est presque isotonique, que la proportion des sels minéraux qu'elle contient est presque la même que celle des sérums artificiels. Son usage comme sérum serait rationnel, car la doctrine sérothérapique admet une action dynamique d'un stimulant qui développe l'activité potentielle des leucocytes.

Cette action dynamique serait plus grande dans les eaux minérales naturelles, vu que, à côté des autres principes vitalisants, elles contiennent de l'argon, de l'hélium, elles sont radioactives et leur efficacité en petites doses peut certainement être plus grande par injections hypodermiques que quand elles sont absorbées par l'estomac.

soirement par ce moyen, qui montre que la suppression brutale, comme ses partisans l'appellent, n'agit pas toujours comme une méthode préventive de rechute.

Les laxatifs sont quelquefois indiqués au commencement d'une suppression graduelle normale ; mais le sevrage amène de lui-même la régularisation de l'intestin. Vers la fin de la cure, l'intestin peut se relâcher, mais ce relâchement est insignifiant quand l'irritabilité intestinale provenant de l'hyperacidité est empêchée par le bicarbonate de soude ou l'eau de Vichy, une diarrhée plus copieuse est une indication pour une réduction lente.



## CHAPITRE V

### Le Traitement Physiologique (*suite.*)

#### LE BAIN D'AIR CHAUD. — DOUCHES CHAUDES

Nous avons vu que les deux médications déjà étudiées répondent à des indications symptomatiques presque constantes, et qu'elles s'adressent à des défaillances et des perturbations fonctionnelles spéciales.

Le troisième de nos grands moyens thérapeutiques, la chaleur, sous forme de bains d'air chaud ou de douches, a une action tonique et sédative plus générale, exerçant un effet calmant sur l'état d'irritabilité et de dépression, causées dans le système nerveux par l'abstinence de morphine.

Quand il est possible pour un malade, faisant une cure de suppression, de se rendre à un établissement bien aménagé tel qu'un Hamman, c'est ce qu'il y a de mieux, car l'air très chaud et bien sec est pour le morphinomane plus tonique que la chaleur humide. Lorsque le bain est administré sous forme de caisse, la transpiration transforme l'atmosphère ambiante en bain de vapeur, et empêche le patient d'arriver aux températures élevées. On sait que dans une at-

mosphère sèche, une température dépassant celle de l'eau bouillante peut être facilement supportée, tandis qu'une chaleur de 60° dans une boîte de sudation est presque intolérable.

Le bain de lumière incandescente ne peut, il est vrai, être administré que dans une caisse, mais l'inconvénient dont nous parlons est compensé par l'action spéciale chimique et plus pénétrante de la chaleur rayonnante. A chaleur égale, ce genre de bain est supérieur comme calmant de l'irritabilité à toute autre application hydrothérapique.

Après le sevrage et en temps ordinaire, il est agréable de faire suivre la sudation d'une douche froide, mais pendant la suppression, il vaut mieux s'en tenir aux applications chaudes ou tièdes. Il suffit d'un bain turec ou de lumière incandescente par jour, mais la douche chaude peut être répétée à volonté, chaque fois que le besoin s'en fait sentir, et il est difficile d'exagérer la valeur de ces deux moyens de soulagement.

Dans une thèse de doctorat soutenue devant une Faculté française, il y a douze ou quinze ans, mais dont nous n'avons pu retrouver l'indication bibliographique, les douches chaudes étaient préconisées comme *méthode* adéquate de traitement. L'auteur, ancien interne d'un asile de province, s'était ainsi guéri lui-même de la morphinomanie.

Nous sommes pleinement convaincu qu'une habitude de morphine peu ancienne pourrait, avec de la confiance et de la persévérance, être rompue par ce moyen. Nous rappellerons, à ce propos, que certains médecins ont réussi à guérir des morphinoma-

nes, galvanisés sans doute par la conviction qu'ils avaient de leur prochaine émancipation, par la spartéine seule : l'eau de Vichy, comme nous l'avons déjà dit, a été vantée aussi comme constituant à elle seule un traitement suffisant. Les résultats de ce genre, très sûrement exceptionnels, prouvent surtout que l'association des trois moyens de traitement, quelquefois si efficaces séparément, ne peut manquer d'être utile.

Plusieurs objections théoriques ont été soulevées contre l'emploi de l'air chaud. Il a été dit, par exemple, que le bain turc fatiguait le cœur ; mais cette affirmation est, d'une façon générale, erronée. On a prétendu également qu'il y avait danger de congestion cérébrale, mais pour le morphinomane surtout, cette crainte est chimérique. Il éprouve au contraire en entrant dans le *calidarium* une sensation de chaleur à la tête nullement désagréable, qui rappelle l'euphorie hyperémiante de la morphine. La turgescence de la peau fait bientôt baisser la pression sanguine interne, et lorsque la transpiration s'établit, un état de bien-être s'ensuit qui rappelle la période de satisfaction morphinique. Le bain turc convenablement administré fait disparaître par son action tonique la stase veineuse, et est par conséquent décongestionnant, mais en tout cas, la congestion n'est pas à craindre avec le bain de lumière incandescente, la tête du patient étant en dehors de la caisse.

C'est aussi une croyance assez répandue que la transpiration provoquée est affaiblissante, mais il est reconnu par les physiologistes (Carpenter) qu'une haute température appliquée de la sorte ne cause pas une perte de forces. Le professeur Sydney Rin-



ger admet que les forces sont accrues, et que le bain d'air chaud est un vrai tonique.

C'est du reste, de l'avis des autorités compétentes, un tonique pour le toxicomane, également du corps et de l'âme, le meilleur moyen de rétablir le *mens sana*, dont il a été question dans un précédent chapitre. Cette louange peut paraître, à ceux qui ne connaissent pas la valeur de cette pratique hydrothérapique, un peu excessive, mais dans le rapport officiel de l' « American Society for the Study and Cure of Inebriety and Narcotic Addictions », où cette question a été spécialement étudiée, on est arrivé à cette même conclusion : c'est-à-dire que le bain ture est non seulement un des meilleurs moyens de traitement, mais aussi le plus sûr prophylactique de la récurrence.

« Le malade se transformera ainsi », dit le rapporteur, « en un homme d'une moralité et d'une élévation de caractère plus grandes (a cleaner man and on a higher plane). En tant que prophylaxie, le bain ture tient la tête devant tous les autres remèdes... Ce sera comme si on le débarrassait d'un poids qui l'opprime, ce qui lui permettra ainsi un jeu plus libre et plus complet de l'ensemble des fonctions vitales, et créera un sentiment de propreté et de bien-être qui aura son retentissement dans l'âme. »

L'ex-tributaire de la morphine fera donc bien de continuer, après la suppression, la pratique de cette hygiène aussi salubre qu'agréable.

## CHAPITRE VI

### Traitement du morphinisme au sanatorium

Ceux de mes camarades de chaîne qui m'ont lu jusqu'ici, comprendront clairement, je l'espère, qu'un morphinomane raisonnable sur les autres points fera bien de ne pas compter sur un spécifique pour le guérir.

Le mot « cure », quoique difficile à éviter quand on traite cette question, sent toujours l'imposture et le charlatanisme. Les spécifiques sont pour l'alcoolique, comme certains sanatoriums pour les dipsomanes incapables de se maîtriser : mais pour la catégorie spéciale de malades pour lesquels ce livre est écrit, pour ceux qui sont normaux en tout autre point, pour ceux qui restreignent autant que possible l'habitude qu'ils croient toutefois incurable, pour ceux qui en fait ne sont pas plus des maniaques de la morphine que les buveurs modérés ne sont des dipsomanes, un résultat définitif sera beaucoup plus sûrement obtenu quand le malade aura réappris à compter en partie sur son self-control, et à réaliser son émancipation par la rééducation finale de son impulsivité.

Au risque de me répéter, je dirai encore que ce que nous visons, c'est la rééducation de l'émotivité,

du contrôle de l'impulsion hystérique, et cette maîtrise de soi-même ne peut être retrouvée que quand le malade qui désire se débarrasser de sa passion part avec la ferme intention de le faire, et est fortifié contre des moments possibles de découragement d'ordre émotif par la prescience de la certitude (avec de la persévérance) du succès final.

Le Dr Paul-Émile Lévy, un des principaux défenseurs en France de la cure libre, dans son *Éducation rationnelle de la volonté*, livre qui devrait être lu par tout morphinomane, a étudié cette question à fond et a indiqué un certain nombre de subterfuges psychologiques pouvant être utilisés pour réentraîner la mentalité et aider grandement le caractère et la volonté. Le morphinomane, comme l'asthénique du Dr Lévy, est essentiellement un découragé, un convaincu par les échecs passés de son impossibilité de vouloir. Il croit que, parce qu'il a échoué dans sa propre émancipation par un effort insuffisamment soutenu et persévérant, son pouvoir d'agir bien est définitivement perdu. Ce qu'il désire faire lui apparaît clairement, mais il sent douloureusement son manque de pouvoir agir :

*Video meliora proboque, deteriora sequor.*

Cependant il ne doit pas en être ainsi ; la volonté peut être récupérée par degrés, en s'appliquant soi-même à faire ce qui est indispensable. « Ce n'est pas si simple qu'on se l'imagine, dit le Dr Lévy, mais on peut et on doit apprendre à vouloir. Le pouvoir de vouloir, cependant, n'est pas un et indivisible, comme on le croit généralement, c'est la résultante de nom-



breux facteurs, idées, sensations et sentiments. »

Pour vouloir, nous devons par la réflexion qui n'est qu'une forme de l'attention devenir conscients des différents éléments qui luttent en nous, les juger à fond, impartialement, complètement, et quand notre jugement est formé, nous devons nous placer dans les conditions les plus favorables pour exécuter notre dessein, ce qui veut dire que nous nous arrangerons pour éliminer toutes les influences contraires. « Quand notre résolution a été prise, et que le but à atteindre a été décidé, la force nécessaire pour la réalisation mentale et effective peut être fournie par l'accumulation de l'attention sur le projet à exécuter; apprendre à vouloir, c'est apprendre à discipliner l'attention et à se servir d'elle dans l'utilisation de l'intelligence. »

Au moyen de ce monoïdéisme, la valeur dynamo-gique de l'attention peut être efficacement développée, disciplinée et fortifiée par l'exercice constant du self-control dans les petites choses. « En s'apprenant à faire ce qu'il faut dans les cas les plus simples, le pouvoir de l'attention ou de l'auto-suggestion rationnelle s'affirmera dans les situations de plus en plus complexes. » « Apprendre à vouloir, dit le Dr Lévy, c'est donc apprendre à diriger l'auto-suggestion, et à utiliser l'hétéro-suggestion. Si cependant, le self-control n'est pas restauré par la persévérance et l'exécution intelligente des procédés décrits, la bataille de ce fait ne doit pas être considérée comme perdue. Un aide hétéro-suggestif peut effectuer ce que le malade est incapable d'exécuter sans aide. »

La plus grande manifestation du self-control sera

l'entière renonciation dans tous les petits détails, de tout ce qui ne concerne pas le but à atteindre, de cette obstination à se diriger soi-même, qu'on croit être une preuve de volonté, mais qui n'est en réalité qu'une preuve d'entêtement. Renoncer à l'initiative personnelle est une bonne discipline pour un morphinomane. « Contrairement au préjugé populaire, dit le Dr Lévy, cela ne veut pas dire la subjugation de la volonté à celle d'un autre. » Psychologiquement c'est la coordination de forces dispersées, pour la réalisation sans contrainte de ce que l'on désire faire. Le proverbe dit : aide-toi, et le Ciel t'aidera. Dieu aide ceux qui s'aident eux-mêmes. C'est pour cette raison que, tout en reconnaissant la nécessité d'aider le malade en ce qui concerne le besoin, par les moyens décrits dans les chapitres précédents, la conviction devient chaque jour plus grande que pour le genre de cas auquel je fais allusion, l'aide vaut mieux que la contrainte, et cette contrainte, qu'elle soit physique ou morale, n'est ni indispensable, ni même prudente, si le but du traitement est une guérison définitive.

Pour les morphinomanes qui furent d'abord des psychasthéniques, des hésitants, des émotifs indomptables, des impulsifs, et qu'on peut très justement appeler des démons des drogues, le cas est cependant différent. Quand l'influence morale et la persuasion, par la démonstration de l'utilité pratique d'un effort volontaire et persévérant, ce que le Dr Harrington Sainsbury nomme l'appel personnel, quand cette persuasion, dis-je, ne peut suffire, alors la contrainte en quelque sorte devient indispensable. Ceux qui ne

veulent pas se soumettre à une direction libre, doivent accepter la contrainte et la question est de savoir sous quelle forme appliquer cette contrainte. Deux moyens de traitement sont à notre disposition : le sanatorium spécial pour toxico-maniaques, et la suggestion hypnotique.

#### LES SANATORIUMS

C'est, à mon avis, un pis-aller, et un mauvais pis-aller.

Malgré le cas relaté ailleurs, où un malade après avoir échoué sous ma direction réussit ensuite à obtenir une suppression complète dans un sanatorium anglais pour alcooliques, de tels résultats sont, quoi qu'il en soit, tout à fait exceptionnels en ce qui concerne la morphinomanie. Un grand nombre de mes malades avaient été précédemment renvoyés comme guéris de tels établissements, quoique prenant à leur sortie un succédané encore plus nuisible et contraints de retourner à la morphine, quand leur viatique fut épuisé. Dans un certain nombre de cas, la morphine n'avait jamais été abandonnée complètement.

Il faut cependant mentionner que ce que j'établis ici n'est pas toujours admis. « La valeur du sanatorium comme facteur physiothérapeutique est grande, dit la plus récente autorité, le D<sup>r</sup> Harrington Sainsbury, mais même alors, accorde le D<sup>r</sup> Sainsbury, tout dépend de la personnalité du directeur. »

« Le sanatorium est l'établissement d'un chef directeur comme en vérité sont toutes les grandes insti-



tutions gouvernementales, éducatrices ou commerciales, et dans le choix d'un sanatorium cette tête directrice a son importance. Une personnalité sympathique fera beaucoup, une personnalité administrative fera davantage, et c'est précisément là qu'il nous faut appliquer la règle de l'*ipse dixit*, et qu'il est nécessaire de sentir une autorité incontestable. »

Pour ma propre part, je ne crois pas que la personnalité du directeur, si par personnalité on entend le caractère et la mentalité généralement nécessaire pour gouverner les autres, ait une si grande importance. Une telle mentalité est sujette à dogmatiser, à imposer sa propre opinion, et chez un médecin elle risque de s'associer au défaut commun de la profession, qui est d'imposer ses vues au malade, de réfuter ses objections, par des explications techniques impossibles à comprendre ou discuter.

Avec les morphinomanes, cette politique est fatale. Les explications techniques que l'on peut tirer des connaissances théoriques pour pousser à la soumission des malades ordinaires, seront généralement reconnues comme des non-sens par les morphinisés qui sont le plus souvent eux-mêmes des médecins<sup>1</sup>. Le directeur baissera alors aux yeux de l'intoxiqué, au niveau d'un hâbleur ordinaire.

L'attitude envers les malades n'est pas pour attirer

1. La proportion des morphinisés dans la profession médicale, y compris les femmes de médecins, les dentistes, les pharmaciens et les gardes-malades, varie suivant les statistiques entre 50 à 90 % des cas. On a dit qu'un médecin sur quatre était adonné à la morphine, et il a été soutenu récemment dans la *Gazette médicale de Paris* (15 juin 1909) que 20 % de la mortalité dans le corps médical était dû à la morphinomanie.

leur sympathie. En règle générale les morphinisés sont considérés comme nécessairement des démons des drogues, des tricheurs, des menteurs. Leur parole n'est pas crue, leur propre respect, toujours diminué, est encore plus déprimé par cette attitude, et la suspicion qu'ils sentent peser sur eux, les pousse à l'hostilité.

Beaucoup de mes malades sevrés depuis sans difficulté avaient d'abord été mal dirigés par cette méthode en diverses occasions, et l'incompréhension de la question montrée par certains directeurs de sanatoriums a été parfois phénoménale. Que certains amoureux de la morphine soient des narcomaniacs, c'est incontestable ; mais il y en a d'autres dont le self-control, capable de restreindre au minimum la dose de morphine nécessaire à leur besoin, est infiniment plus grand que celui d'un buveur modéré. Entre les deux extrêmes, il y a de nombreuses gradations de mentalité, mais dans presque tous les cas, une mutuelle confiance (de la part du médecin, c'est la confiance dans son habilité à soulager le malade) doit être la clef de la direction thérapeutique.

Une objection également puissante contre ces établissements est que vu le nombre des malades, le médecin ne peut pas donner une attention constante à chacun de ses morphinisés, même s'il prend à chaque cas l'intérêt spécial que demande celui-ci. Traiter avec succès une demi-douzaine de morphinisés en même temps, d'après la méthode que je préconise, c'est matériellement impossible, car avec un certain nombre de malades, le directeur est obligé de laisser beaucoup à faire à ses subordonnés, et

comme son influence personnelle est en proportion inverse de celle de ses assistants, l'intrusion de leur mentalité arrive à troubler le jugement du malade, comme le savent les médecins psychologues.

En ayant à sa disposition les ressources d'un sanatorium bien organisé, un directeur ayant le temps de donner à chacun de ses malades les soins nécessaires et ayant la connaissance voulue des cas variés de la morphinomanie, serait un directeur idéal ; mais malheureusement ce desideratum est à peu près irréalisable, car les conditions exigées sont essentiellement incompatibles ; il est en effet difficile à un médecin qui a beaucoup de morphinomanes à soigner de donner à chacun d'eux l'attention nécessaire.

L'objection finale aux grands sanatoriums est la réunion de malades en sevrage. Un intoxiqué récemment guéri peut servir d'exemple pour encourager les autres mais avec des morphinomanes en suppression simultanée, la discussion des symptômes supportés augmente sûrement leur importance mentale, et cette constante hétéro-influence détruit, comme une action suggestive, tout le bénéfice qui peut être acquis d'un autre côté par l'influence du directeur.

Dans la discussion du traitement des maladies de l'énergie en général, le Dr Deschamps a décrit les conditions qui constituent ce qu'il appelle le home sanatorium où, sous la direction d'un médecin instruit et dévoué (il y en a partout, dit-il), l'asthénique qui consent à se soumettre à la discipline nécessaire, peut espérer se guérir.

Le malade sera tout d'abord isolé lui-même de toute influence contrariante et si le cas n'est pas sé-



rieux, des distractions peuvent être permises, comme d'ailleurs il faudra toujours le faire vers la fin de la cure, mais un isolement complet du monde, un repos absolu sont indispensables pour les cas plus sérieux.

Il est tout à fait impossible, dit le D<sup>r</sup> Deschamps, de traiter les cas graves dans l'entourage de la famille. Pour paraphraser le D<sup>r</sup> Deschamps et appliquer ce qui est dit dans son ouvrage sur l'asthénie, au sujet des habitués de la morphine : « L'ennui du ménage et des affaires est pour le morphinisé un obstacle permanent à la renonciation, car quoique le malade puisse passer sa vie à essayer de se libérer, la suppression partielle amènera de l'asthénie, de l'irritabilité nerveuse et morale, qui le pousse à renouveler la stimulation et à faire avorter tous les efforts faits dans des conditions défavorables.

Pour se donner toutes les chances possibles du succès, le malade doit apprendre à se ménager. L'art de ménager ses forces, c'est tout l'art de la vie. En France on dit encore à l'ancienne mode en quittant ses amis : « Ménagez-vous. »

Dans ce but le malade devra alors choisir, autant que possible, pour quelque temps, une retraite convenable. « Les bruits du dehors et du dedans, les conversations indispensables, les préoccupations familiales qu'il est obligé de partager, les ordres à donner, les sympathies excessives et les discussions inévitables, sont pour lui une perpétuelle fatigue. Et puis, trop souvent l'entourage, y compris le médecin, ne comprend rien à cette affaire, tout le monde donne des conseils, la famille comme les

amis, et parfois les domestiques. On s'étonne de voir une maladie si longue et si peu raisonnable : on se désespère, on s'impatiente, et qui paie les frais de ces impatiences ? Le malade ! » Une sollicitude exagérée, une trop grande sympathie, une trop grande affection peuvent être aussi mauvaises pour l'habitué de la morphine qu'une humeur morose, l'impatience ou l'indifférence égoïste.

Le malade doit alors pour quelque temps s'arranger autant que possible pour se ménager, pour prendre soin de lui-même. Il se séparera radicalement pour quelque temps de son entourage, dans lequel, à l'insu de tous, il a vécu, souffert, lutté et essayé de se délivrer en vain, et il se confinera dans une retraite.

Le sanatorium qu'il choisira sera un couvent laïc, une oasis de paix et de repos, une maison avec un grand jardin, l'idéal du sage et de l'asthénique, et près d'une petite ville ou d'un village. Ainsi protégé contre les influences troublantes, il doit comprendre que s'il s'est décidé à se soumettre à la direction d'un docteur, l'aide qu'on lui donnera dépendra entièrement d'une loyauté et d'une collaboration mutuelles.

Le malade raisonnable est celui qui a la ferme intention de se laisser diriger. Ayant accepté lui-même les conditions du traitement, il doit les suivre ponctuellement ; certains petits ennuis qui ne sont pas de la souffrance doivent être acceptés gaiement et stoïquement, en vue du but à atteindre.

Le D<sup>r</sup> Deschamps, dans les premières lignes de son introduction, a donné une description du médecin le mieux qualifié, suivant lui, pour diriger son sanatorium idéal, et c'est par cette description que

je termine ce chapitre : il dit : « Le médecin, d'après Maurice de Fleury (et la même chose avait déjà été dite par Montaigne), qui n'a passouffert lui-même le tourment d'une névrose dépressive, ne peut pas comprendre de tels malades et sympathiser convenablement avec eux. Pendant plusieurs années, j'ai été à même d'étudier de près un neurasthénique que je connaissais presque aussi bien que moi-même. Sa détresse physique m'était familière et ses souffrances morales étaient senties par moi comme par lui-même. Je mentionne ce détail parce que cette expérience longue et variée m'a permis d'étudier, subjectivement pour ainsi dire, un ensemble de phénomènes que beaucoup d'autres observateurs n'ont vu qu'objectivement.

« Cela constitue-t-il une supériorité ? dit le Dr Deschamps ; certains l'ont pensé et c'est aussi l'opinion d'une haute autorité médicale, M. Maurice de Fleury.

« Je ne le conteste pas. Je pense cependant que si cette méthode a quelques désavantages personnels qu'il est superflu de mentionner, elle offre d'incontestables avantages.

« Pour tout comprendre il est quelquefois nécessaire de tout sentir. »



## CHAPITRE VII

### Traitement au Sanatorium (*suite*).

#### LA MÉTHODE D'ERLENMEYER

Il n'est que juste de dire que les opinions données dans le présent volume sont personnelles à l'auteur ou à ceux dont les vues ont été exposées. D'autres méthodes sont préconisées par différents auteurs français et principalement par MM. Moutier et Sollier. Je donne ci-dessous un résumé de ce qu'ils ont écrit à ce sujet :

Le Dr Moutier est l'auteur du chapitre sur la morphinomanie dans l'excellent ouvrage *la Pratique médico-chirurgicale*, livre bien connu des étudiants qui l'appellent le P. M. C.

Commençant par une description du tributaire de la morphine, « on devient morphinomane, dit-il, après deux mois d'injections. Un morphinomane se reconnaît facilement : c'est un vieillard prématuré auquel la piqûre donne un moment de vivacité passagère et d'intelligence normale, son apparence est cachectique, sa peau est blanche, sèche, froide, et souvent marbrée d'éruption d'urticaire ; elle est le siège de fourmillements tenaces, qui sont l'origine d'halluci-

nations zoopsiques; elle est couverte de fines traces de piqûres, le tatouage de l'aiguille hypodermique.

« L'état de tégument est souvent même plus lamentable, couvert de nodules cicatriciels et d'abcès gros comme une noisette, et le malade ne peut plus trouver une place pour se faire une injection. Les cheveux sont blanchis prématurément et rares, les poils sont friables, la face triste, les yeux caves, les mains sont souvent tremblantes, et les jambes ont perdu leur coordination.

« Le psychisme est profondément affecté, la volonté est perdue, et cette intoxication chronique fait du plus honnête homme, un amoral, un effronté menteur <sup>1</sup>. »

Le D<sup>r</sup> Moutier donne une description également pittoresque de la dégradation de toutes les fonctions du corps, qui amène, après un an ou deux, d'après son observation, du diabète, du brightisme, de la tuberculose, si le malade ne meurt pas de cachexie dans l'intervalle, ou si l'évolution de la maladie n'est pas interrompue par la mort subite.

En ce qui concerne la démorphinisation, la partie morale du traitement, dit le D<sup>r</sup> Moutier, est de la première importance. Quand la morphine est diminuée

1. La description du morphinisme qui précède, a été répétée de tout côté : elle est devenue un cliché banal qu'on cite toujours à tort. Confondre un cas de marcomanie exceptionnellement grave avec le simple morphinisme et le représenter comme un type courant, c'est une erreur commune aux auteurs. En fait, nombre d'habituels de la morphine ne présentent aucun de ces symptômes. Beaucoup de ceux-ci (la zoopsie par exemple) ne se rencontrent que chez les morphinisés en même temps alcooliques ou cocaïnomanes.

du tiers, de la moitié, des trois quarts de son compte primitif, et ceci dans l'espace de quatre à dix jours, le malade tombe alors dans une agitation extrême, dans l'angoisse et le délire. Il peut y avoir un syndrome rappelant la confusion mentale : les pupilles sont paralysées, les réflexes abolis, le sujet se plaint d'un froid intense, de diverses paresthésies, de diarrhées, de vomissements, de dyspnée, d'excitations génitales. Il doit s'aliter, être traité par les toniques du cœur, les douches, les bains, à l'exclusion de tout autre adjuvant, et on ne doit reprendre la morphine qu'en cas de danger de collapsus.

Le traitement *moral* susdit est considéré cependant par le D<sup>r</sup> Moutier comme un compromis : « La meilleure méthode, selon lui, est la suppression brusque avec la séquestration dans un établissement spécial et une surveillance constante. »

Comme la *Pratique médico-chirurgicale* est publiée sous la direction des professeurs Brissaud, Pinard et Reclus, cette déclaration peut être considérée comme l'expression de l'opinion officielle, et les conclusions du D<sup>r</sup> Moutier peuvent être prises comme représentant l'opinion de l'École de médecine de Paris.

Les idées du D<sup>r</sup> Sollier, quoique diamétralement opposées aux nôtres, ne peuvent pas être passées sous silence dans une étude sur le morphinisme. Le D<sup>r</sup> Sollier est le directeur d'un des plus importants sanatoriums de la banlieue de Paris, et sa compétence dans les questions de neurologie est indiscutable. Sa méthode, adaptée de celle d'Erlenmeyer, fut d'abord publiée en 1894 dans la *Semaine médicale* où il défendit chaudement la méthode rapide



du spécialiste allemand, méthode que Erlenmeyer lui-même répudiait à la même époque pour y revenir plus tard après l'échec du bicarbonate de soude comme spécifique.

Depuis 1894, le D<sup>r</sup> Sollier a publié différents articles sur le morphinisme, l'intoxication par l'héroïne, et les questions analogues. Son principal travail intitulé : « Traitement de l'intoxication chronique par l'Opium », a paru dans le *Traité de thérapeutique*, publié sous la direction de M. Albert Robin, maintenant professeur de Clinique thérapeutique.

Le D<sup>r</sup> Sollier confirme ce que j'ai dit au sujet de la nécessité d'un traitement systématique contre les facteurs cardiaques ou gastro-intestinaux de la souffrance, mais il ajoute un troisième groupe de symptômes, ceux de l'appareil urinaire, qu'il attribue à l'irritation des reins, à la maladie de Bright. En fait, la maladie de Bright n'est jamais une complication du morphinisme, non compliqué d'alcoolisme et quoiqu'on puisse voir quelquefois une albuminurie fonctionnelle, je n'ai jamais vu un seul cas où elle n'ait disparu spontanément et où elle ait exigé un traitement spécial.

Le désaccord entre le D<sup>r</sup> Sollier et moi-même, au sujet de la méthode de traitement, est complet. Le D<sup>r</sup> Sollier ne reconnaît pas la valeur de l'eau de Vichy ou du bicarbonate de soude, il considère la spartéine comme dangereuse, et comme capable d'engendrer l'accoutumance.

Il pense que dans la grande majorité des cas, il vaut mieux, dans l'intérêt des malades eux-mêmes, abandonner tout adjuvant, et ne pas atténuer les

souffrances par de tels moyens. Cette contradiction s'explique par ce fait que notre manière de voir est entièrement différente, car le Dr Sollier défend ce que les Américains appellent la méthode du knock-out dans toute sa rigueur. La morphine, selon lui, est emmagasinée par le foie et son élimination doit être poussée aussi activement que possible par une suppression soudaine, et par ce qu'il appelle les décharges éliminatoires, encouragées par les purgations. Ces décharges consistent principalement en bile, et on ne peut y retrouver chimiquement de morphine, mais leur but étant, paraît-il, d'éliminer la morphine, le Dr Sollier affirme que cliniquement l'élimination par cette voie est certaine <sup>1</sup>.

Dans un article récent, paru dans *la Médecine Moderne*, le Dr Sollier se plaignait que la méthode préconisée par lui et que nous classions parmi les méthodes de force avait été jugée par nous d'après des citations isolées.

1. Le Dr Sollier a étudié, dans un travail intitulé : *La Fonction hépatique dans la Morphinomanie*, le rôle du foie, et la méthode rapide est basée, comme il est dit dans le texte, sur l'hypothèse de la présence de la morphine dans la bile; présence qui n'a jamais été constatée. En appelant l'attention sur la valeur de l'eau de Vichy, nous avons dès 1890 indiqué l'importance qu'il y avait pour le traitement de reconnaître le rôle du foie. « Après le cœur, disions-nous, il est nécessaire d'assurer une action normale des autres organes. Le foie est généralement hypertrophié et paresseux, comme conséquence des alternatives d'hyperémie active et de stase passive, correspondant aux alternances de satisfaction et de besoin de morphine. »

J'ai fait ensuite observer que la perturbation fonctionnelle du foie pouvait être la cause, chez les morphinomanes, de différents symptômes tels que : « hémorroïdes, épistaxis et douleurs gastralgiques ».

Nous allons donner les passages qui, selon nous, prouvent que la méthode rapide est une méthode de contrainte, ce que nie le D<sup>r</sup> Sollier. C'est évidemment une question d'appréciation, mais nous pensons que tout traitement qui n'est pas enduré volontairement peut être considéré comme forcé, et quand même les malades accepteraient préalablement, sans savoir à quoi ils s'engagent, de subir ce traitement, on ne peut soutenir sérieusement qu'ils consentent de leur plein gré à endurer la souffrance dont nous allons citer la description.

Nous devons reconnaître cependant que tout en témoignant d'une incompréhension remarquable de cette question, c'est par un sentiment d'humanité que les partisans de cette méthode ne cherchent pas à en atténuer la souffrance. Dans l'opinion des médecins qui l'appliquent, la souffrance est utile et aide à empêcher la rechute. D'après nous, c'est le contraire qui est l'exacte vérité, car chez les malades sevrés progressivement et sans contrainte, il y a toujours, et immédiatement après la suppression, une renaissance physique et morale extraordinaire, un sentiment de confiance dans l'avenir, un retour de bien-être et de bonheur.

Le sevrage avec contrainte est au contraire ordinairement suivi d'une profonde dépression physique et morale; tant que cet état subsiste, le désir obsédant peut être ranimé par tout malaise corporel, et chez le malade récemment guéri, il prendra la forme d'un besoin ardent de la morphine, qui est connue par l'expérience passée comme le plus sûr moyen de soulagement. C'est du reste ce qui paraît ressortir



pleinement des passages suivants se rapportant à cette méthode <sup>1</sup>.

« Les accidents aigus déterminés par l'élimination  
« rapide de la morphine, dit le Dr Sollier, sont très  
« courts, car ils ne durent guère qu'un ou deux jours.

« Ces accidents consistent dans des spasmes des  
« membres inférieurs, de l'énervement, de l'angoisse,  
« de l'hyperhydrose, de la dilatation alternante des  
« pupilles, de la diplopie, des bâillements, de la  
« dyspnée, de la toux, des douleurs dans la région  
« du cœur, de la faiblesse du cœur, de la soif, de la  
« diarrhée, des vomissements, de l'excitation géné-  
« sique (souvent avec spermatorrhée), de l'albuminu-  
« rie, du ténésme vésical, de l'ischurie, etc... La  
« diarrhée et les vomissements dans les quarante-  
« huit premières heures sont presque entièrement  
« constitués par de la bile en quantité considérable...  
« L'abondance et la brusquerie de cette évacuation  
« bilieuse peuvent être telles que la soustraction  
« énorme de liquide à l'organisme provoque des  
« accidents graves dus à de l'asphyxie bulbaire; d'où  
« possibilité de syncope respiratoire...

« Au bout de huit à dix jours, il se produit sou-  
« vent une nouvelle décharge éliminatoire de mor-  
« phine, accompagnée de troubles analogues à ceux  
« de la suppression... Cette crise... n'est pas la seule...  
« Un des caractères de l'élimination morphinique  
« est en effet de se produire par à-coup. Ces *crises*

1. Nous devons reconnaître que nous n'avons cité que les passages qui appuient la thèse que nous soutenons ici. Le lecteur qui voudra s'éclairer pleinement est renvoyé au mémoire de M. Sollier, *Traité de thérapeutique appliqué de Robin*, fascicule III.

« *éliminatoires* sont faciles à reconnaître... Subite-  
« ment, au milieu d'une convalescence de plus en  
« plus solide, les malades se sentent pris de fatigue  
« dans les jambes, de gêne circulatoire après le repas  
« (torpeur, congestion de la face, etc...), de perte  
« d'appétit et de sommeil, en même temps que repa-  
« rait le désir de la morphine. La langue est un peu  
« saburrale et il y a de la diarrhée ; celle-ci s'accom-  
« pagne quelquefois d'un vomissement bilieux et  
« dure deux à trois jours... Ces crises peuvent se  
« produire à plusieurs reprises et apparaître encore  
« deux mois après la suppression définitive... elles  
« s'accompagnent toujours du retour inopiné du  
« besoin de morphine et les malades ne se trompent  
« pas sur le seul calmant qui leur conviendrait... si  
« le morphinomane est sujet à une de ses crises  
« quand il manque de surveillance, il y a de gran-  
« des chances pour qu'il recoure à la morphine qu'il  
« sent seule capable de le soulager... En assignant de  
« six mois à un an la durée de l'élimination com-  
« plète, permettant de ne plus redouter la récédive  
« chez des morphinomanes d'ancienne date, je pense,  
« dit l'auteur de l'article, être dans les limites exactes...

« Au point de vue moral », lit-on dans l'ouvrage  
que nous citons, « tout ce qui peut frapper forte-  
« ment l'esprit des malades pour leur faire compren-  
« dre la nécessité de ne pas retomber n'est pas à  
« négliger. Si quelque chose est à regretter sous ce  
« rapport, c'est peut-être que la suppression n'est pas  
« assez pénible...

« Il est indispensable d'appliquer le traitement  
« dans un établissement spécialement organisé à cet

« effet, où la surveillance médicale soit aussi rigoureuse que dans un asile...

« Il est deux phénomènes qui persistent longtemps pendant la convalescence : c'est l'insomnie et la fatigue... Les morphinomanes (convalescents) tout en ayant l'air d'avoir repris leur embonpoint, leurs forces et leur sommeil, sont sujets à se fatiguer avec une facilité extrême. La moindre fatigue amène chez eux du découragement et le désir de se stimuler, pour être à même de faire ce qu'ils paraissent en état de faire, c'est les exposer à la récurrence que de leur laisser reprendre trop tôt leurs occupations...

« ...Pendant un long temps après la suppression, il y a des selles diarrhéiques, qui, à certains moments, ont une assez grande fréquence. Quelquefois, dans les cas de morphinomanes anciens, on voit les selles ne recouvrer leurs caractères normaux qu'au bout de dix ou douze mois.

« La morphine », remarque l'auteur, « agit d'une façon extrêmement marquée sur le moral des malades. On ne s'en aperçoit réellement que lorsqu'ils ne sont plus stimulés par elle. On est frappé alors de leur « aboulie », de leur « apathie intellectuelle ». Ils sont plus émotifs après la suppression de la morphine et un certain nombre conservent pendant assez longtemps un *état d'appréhension* à l'idée de se retrouver dans leur milieu habituel et de reprendre leurs affaires. Cette appréhension contribue fréquemment à provoquer la récurrence... Il va sans dire qu'en aucun cas les malades ne doivent sortir seuls pendant leur convalescence, et



« qu'aussi bien dans l'appartement où ils sont soi-  
« gnés qu'au dehors, ils doivent être l'objet d'une sur-  
« veillance étroite. Quant à la durée totale du traite-  
« ment, elle est de deux mois au minimum en  
« moyenne <sup>1</sup>... »

Il nous semble indéniable que le traitement auquel se rapportent les passages que nous venons de citer peut être considéré comme une méthode de contrainte, mais de même que pour l'importance de la douleur, importance envisagée par le patient autrement que par le médecin, c'est une question d'appréciation. La souffrance se juge très différemment, selon le point de vue où on est placé. Elle peut être très supportable, et même insignifiante pour le spectateur qui y assiste philosophiquement, et qui ne l'apprécie qu'objectivement, elle peut au contraire atteindre dans un sevrage de morphine, pour le patient qui l'éprouve subjectivement, les extrêmes limites de l'endurance humaine.

Quand une victime de la morphine a enduré des nuits de souffrance qui lui ont paru des siècles, quand elle a passé par cette épreuve toujours si longue, si torturante, de sentir que le seul remède qui puisse la soulager est celui qu'elle ne peut se procurer et en imaginant des moyens pour l'obtenir en cachette, la cellule cérébrale qui commande l'impulsivité est devenue comme polarisée par la suggestion du désir de la

1. Comparer cette description d'une démorphinisation avec celle du malade rapportée plus loin (Chap. X), et avec les nombreuses observations dans notre *Morphia Habit and its voluntary Renunciation*.

morphine. Si les centres nerveux supérieurs ont été forcés, au lieu d'être rééduqués, le malade devient par la suite plus *polygonal* qu'auparavant et à la première impulsion, le désir devient irrésistible, alors qu'avec une meilleure méthode il aurait pu être contrôlé.

Selon nous, l'idée de mater ces malades au lieu de chercher à les mener par la douceur (et si nous avons cité ces passages, c'est que le Dr Sollier a affirmé dernièrement qu'il n'a jamais varié dans ses idées) est des plus fâcheuses, et peu de morphinomanes consentiraient à un tel traitement, s'ilssavaient pertinemment à quoi ils s'exposent en acceptant de subir la méthode Erlenmeyer.

J'irai encore plus loin, et j'affirme, même en me plaçant sur le seul terrain pathologique, que le traitement rapide et si douloureux par contrainte doit être une cause presque certaine de rechute.

En insistant sur la nécessité d'une technique délicate dans le traitement du morphinisme, le professeur Grover Burnett base ses recommandations sur les besoins somatiques, d'après l'examen nécroscopique de ses morphinomanes. Les modifications microscopiques qu'il a trouvées dans trois cas sont décrites comme suit : 1° Les cellules nerveuses stichochromes étaient colorées d'une façon diffuse et inégale et d'un contour irrégulier, les corps chromatiques étaient élargis et subdivisés finement et irrégulièrement.

2° Les cellules de l'écorce et de la moelle étaient largement altérées, montrant les fentes dans les corps cellulaires des pertes inégales, et de fines subdivi-

sions des corps chromatiques ; ces corps sont comme réunis en masse dans certaines parties de la cellule, et fusionnés ensemble, leur plus grande perte de substance se trouve près des noyaux ; autour de quelques noyaux la substance chromatique était amoncelée en masses irrégulières et en bâtonnets.

3° L'irrégularité du processus chromatolytique, les déchirures des bords des cellules, les fentes de ces cellules, et la fréquence de la chromatolyse centrale, avec l'expulsion excentrique des noyaux, sont les principales modifications observées dans ce cas.

« Avec une méthode, dit le professeur Burnett, parlant de la suppression rapide, qui ajoute une détérioration plus grande et qui produit comme un court circuit qui fond et brûle les cellules ganglionnaires cérébrales, et qui ne donne pas le temps d'aider au processus de restauration, que pensez-vous raisonnablement attendre ? Mais alors pourquoi traiter le sujet aussi sérieusement ? Parce que tout état morbide mettant en péril l'intelligence demande de la délicatesse, de l'habileté, quand on veut la modifier d'une façon convenable et effective. La mort est un bienfait en comparaison de la perte de l'individualité due à l'anéantissement de la raison. »

J'ai discuté cette méthode d'Erlenmeyer, dangereuse même quelquefois pour la vie, plus sérieusement peut-être que de besoin, mais mon but a été de montrer combien mal la psychologie du morphinisme peut être comprise, même par les spécialistes de la plus grande réputation.



## CHAPITRE VIII

### L'hypnotisme et l'influence de la suggestion

Il est évident, d'après ce qui précède, que si le but poursuivi dans le traitement du morphinisme est d'aider à la renonciation volontaire par une direction appropriée, la violation du libre vouloir par force, par contrainte morale ou par tout acte pouvant ressembler à un cambriolage hypnotique sera plus nuisible qu'utile. C'est ce que j'ai toujours soutenu, et c'est aussi maintenant l'avis de beaucoup de spécialistes, entre autres le Dr Sainsbury, dans son récent travail<sup>1</sup> : « Peut-on, demande cet écrivain, faire revivre la volonté des habitués aux drogues, par la suggestion ? Est-ce que la suggestion a cette influence sur nous ? »

Avant de répondre à cette question, on peut se demander quel est le mécanisme du besoin qui étreint l'habitué. J'ai dit ailleurs :

« Je suppose que le besoin de stimulation spéciale, éprouvé comme le désir ardent de morphine, n'est lui-même que l'exigence d'un mode particulier de mouvement moléculaire. La condition d'ennui ordi-

1. *Drugs and the Drug Habit.*

naire, qui a été décrite comme un sentiment de tedium dans l'inactivité, ayant sa source dans un besoin d'occupation mentale, ou, en d'autres mots, le besoin de modifications moléculaires de certains centres cérébraux, est rendu plus intense dans le malaise qui résulte de la représentation d'un avenir où ce désir ne peut être satisfait. Ce manque de satisfaction par inaction du système nerveux est associé au désir périphérique qui résulte de la diminution de l'impulsivité de ces organes et plus spécialement du cœur qui favorise l'activité nerveuse. Chaque retour de la sensation est probablement augmenté par l'auto-suggestion des moyens de satisfaction, et par l'absence du pouvoir de contrôle de la volonté sur l'automatisme morbide des centres inférieurs qui sont polarisés dans le sentiment de désir pour le stimulant habituel. Cette tendance à un mouvement moléculaire d'une part, l'inaction forcée devant le besoin du stimulant nécessaire d'autre part, amènent un état d'inquiétude cellulaire et de fatigue qui a son exacte copie dans l'habitus extérieur du malade. »

Le Dr H. Sainsbury donne la même explication du « craving », du besoin violent de morphine. Il montre que l'organisme du morphine-habitué a acquis une polarisation spéciale, un penchant particulier. « Les cellules de l'organisme ont pris un certain pli. »

« Nous devons apprendre, dit-il, cependant que si personne n'est à l'abri de l'habitude, ni assez fort pour pouvoir l'éviter, personne n'est assez asservi pour être incapable de s'en délivrer.

« Ceci seul, ajoute-t-il, est un grand enseignement et démontre, sur des preuves bien établies, la pos-

sibilité de se guérir des situations les plus désespérées. »

« En ce qui concerne l'hypnotisme et la suggestion, la psychothérapeutique, dit-il, met à la disposition de l'homme une influence puissante pour le bien comme pour le mal ; cela doit être ainsi, puisque les idées sont bonnes ou mauvaises et que la vie est la réalisation des idées.

« Prétendre toutefois que l'idée bonne peut seule être implantée et devenir effective est inadmissible. Le problème est grave, et l'importance du facteur personnel en ce qui concerne l'opérateur est de tout premier ordre. »

« Cette méthode de traitement, demande le Dr Sainsbury, peut-elle faire revivre une volonté permanente ? La suggestion le fait-elle pour nous ? La question ne peut pas être esquivée : elle est décisive. »

L'auteur répond que quand un malade est influencé sans son propre consentement mental par ceux qui possèdent un grand pouvoir hypnotique, « on n'a rien réformé du tout en lui. En ce qui le concerne il peut paraître modifié extérieurement, mais intérieurement il n'est en aucune façon régénéré. C'est un automate tant qu'il est sous cette influence particulière, une marionnette agissant comme le veut celui qui en tire les ficelles. Ce n'est en aucune façon ni manière une réforme, c'est simplement le subterfuge et si c'est tout ce que la suggestion peut nous offrir nous sommes bien mieux sans elle. »

Il admet cependant un autre *modus operandi*. D'un côté, il y a un pouvoir de volonté affaibli, de l'autre un désir désordonné. Le but à atteindre doit être



obtenu soit par le renforcement de la volonté, soit par la modération du désir, et dans chaque cas le résultat sera la diminution de l'impulsivité.

Que la suggestion puisse ainsi renforcer directement la puissance de la volonté, cela nous paraît comme très problématique. S'il en est ainsi, c'est un remède précieux, le meilleur des médicaments que nous ayons acquis. Elle peut toutefois, reconnaît-il, affaiblir la violence du désir en prévenant l'esprit contre lui, de telle sorte que les séductions perdent leur pouvoir d'attraction, comme l'indique formellement l'évidence. L'aide d'une telle méthode est donc sûrement légitime.

« Il faut se rappeler que l'organisme soumis à la suggestion est particulièrement impressionnable et que l'impression alors reçue survit à l'état hypnotique, l'avantage qui en résulte est que le désir est transformé et que la volonté redevient opérante.

« Un autre point important sera alors gagné, la volonté redevenue opérante commence à *revocare gradum*, suivant la loi universelle applicable à tout être vivant, que toute fonction s'accroît par l'usage, comme elle s'était auparavant atrophiée par l'inaction.

« Mais après tout, le centre de la méthode à employer c'est la rééducation ; le pouvoir de la volonté doit être restauré peu à peu <sup>1</sup>. »

1. « La principale raison contre la contrainte », écrivai-je dans un travail antérieur, « est que notre but ne doit pas seulement viser la suppression temporaire de la morphine, mais surtout la complète guérison du désir, du besoin. » Et le meilleur moyen de l'effectuer, c'est la rééducation de la volonté affaiblie.

Une autre raison contre la contrainte, c'est (à moins qu'il y ait

C'est à peu près notre manière de voir. Nous avons cependant reconnu plus haut que l'hypnotisme impératif, avec le consentement du malade, est indiqué dans certains cas, et comme pour les dipsomanes nous n'hésiterions pas à employer la contrainte hypnotique chez les toxicomanes, si les autres moyens de psychothérapie éducatrice propres à les influencer avaient échoué. Guérir ainsi n'est nullement une violation du libre arbitre, ainsi que des médecins systématiquement hostiles à la psychothérapie l'ont prétendu, car les dipsomanes et les possédés des drogues ne possèdent plus leur libre arbitre, et un tel malade contraint par l'hypnotisme de marcher droit devient moralement supérieur à ce qu'il était auparavant.

J'ai indiqué au commencement du premier chapitre la doctrine des Christian scientists sur la passion des drogues. Les partisans de cette doctrine soutiennent qu'un homme peut boire de l'alcool s'il ne croit pas se faire de mal, et il doit sans doute en être de même pour eux, au sujet de la morphine. Tout est possible, naturellement. Mais si nous savons en fait qu'une femme hystérique peut avaler (comme je l'ai vu moi-même), peut-être d'ailleurs sans l'ab-

séquestration absolue) qu'elle atteint rarement le but immédiat. Un tributaire de la morphine peut, avec une bonne direction, renoncer à son habitude, mais son état mental est tellement paradoxal, qu'après avoir consenti et même demandé en grâce à être contraint, il cherchera, si l'on accède à son désir, à contrecarrer nos efforts. C'est, en somme, un sujet hystérique, dont les bons sentiments peuvent être ranimés et guidés, mais chez lequel la contrainte ne fait que développer les symptômes morbides au plus haut degré. » (*The cure of the Morphia Habit.*, 1890.)

sorber, une dose mortelle de poison sans être malade, ou boire un litre de brandy sans en être intoxiquée, nous savons aussi qu'une telle immunité est pathologique et exceptionnelle.

Toute espèce de foi ou de traitement métaphysique qui pourrait guérir un dipsomane invétéré et incurable, par tout autre moyen, serait certes à encourager, tout irrationnelle qu'elle puisse être scientifiquement, et quelques mots sur la guérison mentale seraient ici à leur place.

Remarquons cependant, au sujet des Christian scientists, que ce n'est pas la foi, mais bien l'intelligence qui est réclamée, une intelligence qui pour celui qui n'est pas initié, semblerait ne pouvoir être atteinte que par la négation de toute raison et de toute compréhension, et surtout de toute science reconnue. Ce n'est donc pas surprenant que la Christian science soit surtout la croyance des femmes, car les femmes ont une extraordinaire facilité pour arriver par l'intuition aux demi-vérités, d'autant plus facilement que sur le terrain de la conviction elles ne permettent pas qu'aucune objection logique leur soit opposée. Elles croient qu'une chose est, parce qu'elle est, ou plutôt parce qu'elle leur semble être, *quia absurdum*, pour d'autres, et sans autre explication. « Les femmes n'analysent ni ne raisonnent : elles sentent et croient. Au lieu de discuter elles affirment. De là peut être leur supériorité. » En ce qui regarde les hommes, il est tout à fait compréhensible que si une femme antérieurement névropathe peut être tirée de peine et d'embarras et remise par cette idée fixe dans un état de calme et de repos,



les maris de celles qui sont atteintes de neurasthénie sont trop heureux d'encourager leurs femmes et leurs filles dans une croyance si confortable, et peuvent même avoir un tempérament assez machiavélique pour avoir l'air de professer eux-mêmes la dite croyance.

Ce qui montre cependant qu'elle est beaucoup plus rarement admise par les hommes avec conviction, c'est que la grande majorité des prêcheurs et les guérisseurs sont des dames. A Paris, par exemple, il n'y a aucun pratiquant mâle, quoiqu'il y ait au moins six *healers* femmes.

Quelque chose de semblable à la Christian science est le Monisme de Dubois de Berne, qui considère la médecine régulière comme malfaisante, et professe que beaucoup de maladies sont entretenues par les traitements médicaux. Pour lui, le facteur personnel n'est ni organique, ni diathésique : les maladies sont psychiques, et « à toute maladie psychique, il faut un traitement psychique ».

Poussant sa théorie au bout de ses conclusions logiques, M. Dubois est convaincu que les médecins sont le plus souvent, sinon des morticoles, comme l'affirme Léon Daudet, du moins des sortes de cultivateurs de maladies, et il recommande aux malades de confier leur santé non pas à des médecins, mais à des psychologues.

L'orthopédiste moral le plus orthodoxe est dans le juste milieu ; il considère les médicaments comme étant généralement inutiles et parfois seulement indispensables.

Maurice de Fleury, par exemple, a montré l'impor-

tance du soulagement de l'hyper ou de l'hypotension neurasthénique par les moyens thérapeutiques. Albert Deschamps a résumé les recherches de ses prédécesseurs sur les variations du bio-chimisme et la nécessité de remédier par des sels appropriés aux perturbations successives de la minéralisation. Enfin, Paul-Émile Lévy, le défenseur de la rééducation de l'émotivité, se sert de tous ces moyens quand il le croit utile.

Un dernier groupe de thérapeutes peut être constitué par ceux qui, tout en prescrivant des médicaments quand c'est nécessaire, considèrent la restauration de la santé physique, de la *mens sana*, comme la première condition pour guérir beaucoup de souffrances corporelles, et quoique je coure quelque risque d'être désavoué par les partis extrêmes, je dirai, en concluant, qu'en essayant d'exercer une influence morale pour restaurer la santé psychique, tous les hypnotiseurs, suggestionneurs, rééducateurs consciencieux, usent en pratique, quoique peut-être à différents degrés, de la même sorte de puissance.

Ainsi donc qu'on emploie la suggestion hypnotique précise, ou la suggestion inconsciente de la sympathie, ou le traitement simplement moral (car hypnotisme ne veut pas nécessairement dire « faire dormir »), tous les savants compétents en cette question de toxicomanie reconnaissent l'importance de l'influence morale.

Avec les habitués des drogues, cependant, l'appel doit d'abord prendre la forme d'une intervention thérapeutique efficace qui sera la meilleure façon de rééduquer la raison ou mieux la nature raisonnable

du sujet, et le meilleur moyen préliminaire de rééduquer la volonté. C'est dans le morphinisme que le malade peut souffrir du corps au plus haut degré, fait insuffisamment reconnu par certains théoriciens, et c'est indiscutablement le remède thérapeutique le mieux approprié aux indications somatiques de chaque cas, qui, dans l'état actuel de la science, sera la meilleure psychothérapie et qui mettra le mieux en valeur l'éloquence persuasive du médecin traitant. Avec un malade qui montre d'abord de la mauvaise volonté, on ne peut rien obtenir en faisant appel à son abnégation ou à son courage, il vaut mieux ne compter que sur ce qui est possible et convenable sur le moment, et ceux qui essaient de faire plus, qui essaient trop vite d'obtenir de leurs malades l'adhésion à une méthode trop dure et trop ferme, qui n'adaptent pas leur technique aux besoins de la cause, ceux-là souvent n'obtiennent en fin de compte rien du tout.

En effet, la psychothérapie est moins une science qu'un art, une branche du grand *ars medendi*. « De grâce, messieurs, disait souvent Trousseau, un peu moins de science et un peu plus d'art. »

Pourvu donc que nous nous servions de notre art avec le consentement du malade, que le but à atteindre soit la restauration du self-control et non l'implantation d'une obsession fixe, l'hypnotisme, la suggestion à l'état de veille, la persuasion ou la simple rééducation de l'impulsivité, tout cela peut être considéré comme de légitimes moyens d'appliquer l'influence morale. La forme sous laquelle on applique cette influence, la technique en un mot, dépendra de la



personnalité du médecin, de l'artiste pour ainsi dire, mais quelque intéressantes que soient les discussions doctrinales, le nom que nous leur donnons n'a qu'une importance pratique insignifiante, et ne doit pas influencer son utilité.

## CHAPITRE IX

### Le traitement de la convalescence

La suppression de la morphine est généralement suivie d'un retour remarquable à la santé, et un malade dont la santé n'était altérée par aucune autre affection, peut être vite capable de reprendre ses occupations ordinaires. Mais chez ceux qui sont primitivement névropathes ou qui le sont devenus par suite de leur passion pour la morphine, il peut persister pendant un certain temps un état très marqué d'équilibre instable, une grande exubérance de vitalité alternant avec un état de faiblesse irritable qui demande les plus grands ménagements.

Pour faire comprendre la nécessité des règles d'hygiène que nous recommandons, quelques préliminaires sur le mécanisme de l'asthénie sont nécessaires.

Je crois qu'on ne peut pas considérer comme entités pathologiques la faiblesse irritable ou l'épuisement neurasthénique : ce sont seulement des symptômes, la conséquence d'une disposition héréditaire ou acquise qui amène une sorte d'intolérance pour les stimulants. Un homme peut naître sensitif ou le devenir ; il peut avoir héréditairement ou il peut

avoir acquis une excitabilité pathologique spéciale pour les stimulants ; mais chaque organisme peut s'adapter à un milieu externe ou interne (le sang) approprié et en s'adaptant au milieu il peut rester dans de bonnes conditions.

Nous pouvons tous avoir par une direction convenable la force physique et morale dont nous avons besoin ; car il n'y a pas de faiblesse nerveuse naturelle qui ne soit mise à jour par des erreurs d'hygiène, de régime ou d'éducation, et qui ne puisse être prévenue si on se conforme aux nécessités voulues. La garantie des conséquences de cette excessive irritabilité native peut toujours être obtenue par un traitement approprié pendant la période de croissance, ou d'éducation, et même des neurasthéniques sur le déclin de leur vie, à la constitution délabrée, chez lesquels l'habitude de l'épuisement réflexe a été entretenue par une dépense exagérée et permanente de l'énergie, peuvent par la rééducation des fonctions perverses, guérir en fin de compte et retrouver souvent la santé. *Victrix fortunæ sapientia.*

La neurasthénie n'est donc pas un état congénital, c'est un symptôme virtuel et évitable. Quand elle se développe, ce qui fait qu'elle s'entretient elle-même, c'est l'ignorance de la loi suivante : « Dans toute surexcitabilité congénitale ou acquise, la stimulation a pour résultat certain une dépression et un épuisement réactionnels. »

Quoiqu'un homme normal puisse, tant qu'il reste en bonne santé, tirer impunément et indéfiniment sur son énergie physique et morale, quoiqu'un homme de santé moyenne puisse prendre modé-



rément des stimulants, sans dommage apparent pour lui-même ou ses descendants, chez un certain nombre, l'irritabilité morbide se développe tôt ou tard et tout stimulant donnera de ce fait naissance à la hantise. D'autres sont nés, vu ces habitudes chez leurs parents, avec une prédisposition à l'excitation qui fera naître de l'irritation et une réaction dépressive après la stimulation artificielle. Ils héritent, témoins les dipsomanes, d'une hantise en puissance.

C'est pourquoi, après la disparition de l'habitude de la morphine, l'ancien habitué doit se rappeler que s'il pouvait prendre d'autres stimulants plus faibles, pendant qu'il était sous l'influence de la morphine, il peut lui rester dans sa nouvelle vie une tendance à l'asthénie de réaction vis-à-vis de ces stimulants, et s'il s'y laisse aller, il aura très probablement le désir de stimulants plus forts.

S'il a la folie de satisfaire ce désir, il verra sûrement revivre sa hantise passée.

Naturellement il est difficile de convaincre de cette vérité les ex-habitués. Après la suppression, il y a généralement une si extraordinaire reviviscence de force, d'esprit et de virilité que l'ancien malade ne pense qu'à jouir de son heure et réparer le temps perdu. Un ancien habitué de la morphine fera donc bien de se rappeler que cette vitalité exubérante n'a qu'un temps, et qu'il est de son propre intérêt de ne pas en abuser.

S'il est soigneux et prudent, sa santé redeviendra progressivement bonne, mais s'il est déraisonnable et impulsif, il sera vite amené à un désastre.

Je n'insiste pas sur l'observation complète d'un

programme aussi strict que l'abstinence totale, le régime végétarien, la suppression du tabac, etc., pour tous les ex-habitués. Ce sera matière à réglementation dans chaque cas particulier autant qu'il le comportera.

Quand cependant un ex-habitué qui n'a pas complètement observé ces recommandations vient à rechuter, ce sera la faute de son imprudence et de son entêtement et parce qu'il persiste à user des stimulants qui lui sont temporairement défendus.

Si une diététique stimulante est contre-indiquée, il est au contraire cliniquement certain que rien ne sera plus calmant et plus fortifiant à la fois que l'ensemble des autres moyens énergénétiques, l'application intelligente de stimulants purement dynamiques tels que la faradisation, la galvanisation, le massage, les frictions sèches, la thermothérapie, les vibrations sonores et mécaniques.

Dans un certain nombre de cas de neurasthénie, la musique agit spécialement, non seulement comme dérivatif, mais aussi comme tonique et sédatif, augmentant la charge des neurones par la transformation de l'énergie.

Dès 1880 j'ai noté dans *The Lancet* que la valeur de la musique était bien connue des anciens, et j'ai insisté sur cette valeur dans mon premier mémoire sur le morphinisme.

L'effet calmant des vocalises sur l'hyperacidité a été noté particulièrement par Aétius, par Cælius Aurélianus, qui les recommandent contre la migraine ; Baglivi en parle aussi au sujet de l'uricémie, c'est-à-dire la goutte.

Dans l'essai précité, où j'ai étudié cette question à peu près à fond, j'ai établi que les habitués de la morphine peuvent diminuer leurs malaises en vocalisant. Il est assez curieux de voir que Brown-Séquard a montré que l'excitation de la membrane laryngée est suivie d'un état de bien-être et de suppression de fatigue qui peut durer quelques jours.

Cela peut être dû en partie à de l'auto-suggestion mais de récents écrivains au sujet de l'asthénie ont insisté sur la valeur de la musicothérapie et Deschamps consacre un chapitre à ces indications.

Dans les cas où un état neurasthénique persiste après l'habitude, et où le malade reste dans une sorte de catabolisme instable, il doit s'occuper et se distraire sans faire le moindre appel à sa propre énergie, prendre des exercices progressifs et non fatigants et éviter toute alimentation trop nutritive.

Les bains turcs, les douches chaudes, si les tièdes ou les froides ne sont pas supportées, la bicyclette d'une façon modérée et progressive s'il n'y a pas de contre-indication<sup>1</sup>, l'automobile même, tous ces

1. L'utilité du cyclisme pour le maintien de la santé chez les ex-morphinisés, qui peuvent pendant quelque temps présenter des phénomènes de nutrition instable, est aussi grande que dans d'autres cas d'insuffisance catabolique.

Si les *stimulants* alcooliques sont toujours nuisibles, l'ex-habitué de la morphine éprouve quelquefois le besoin d'un *tonique*, et pour lui le meilleur tonique c'est la destruction des résidus *atonisants* d'un métabolisme imparfait par une oxydation plus complète.

L'exercice du cycle est unique, car il est possible, en roulant à allure modérée sur une route unie, d'opérer avec un minimum de fatigue, une irrigation circulatoire et une combustion organique beaucoup plus grandes que dans d'autres exercices, dans lesquels ces résultats sont proportionnés au travail accompli. C'est parce que,



moyens trouveront leur utilité, aussi, les bains de soleil dans un hamac, et si le sommeil est mauvais, la galvanisation cérébrale de faible intensité.

Si malgré une hygiène en apparence judicieuse, l'irritabilité et la dépression persistent, une trop forte

dans l'exercice modéré du cycle, une grande partie du travail apparent n'est pas de l'effort. En montant les côtes, le cycliste peut avoir à effectuer autant de travail (en kilogrammètres) qu'en marchant, et le travail deviendra de plus en plus considérable en raison même de la raideur des côtes, parce qu'il a non seulement à propulser sa machine mais aussi à la soulever en même temps que son corps. En cyclant sur palier, il n'en est pas ainsi et quoique la rapidité et l'amplitude du mouvement puissent être plus grandes qu'en marchant, c'est jusqu'à un certain point le poids du membre descendant qui soulève l'autre, et comme il n'est pas nécessaire de soulever le corps à chaque enjambée, une *quantité* considérable de mouvement est inutilisée comme effort. C'est pourquoi l'exercice du cycle comparé avec la marche est relativement peu fatigant. Mais comme la force ne peut se perdre, le mouvement de pédaler se transforme pour partie en énergie interne chimico-vitale, et active les combustions. La rapidité de l'action musculaire des jambes accélère la circulation, sans effort exagéré du cœur qui est au contraire soulagé et tonifié. Comme conséquence, la circulation dans les poumons se fait plus librement, l'oxygénation est plus complète, et les combustions se font mieux dans les tissus.

A côté de cet effet comme tonique *somatique*, la valeur *psychique* de l'exercice du cycle a été reconnue par différents observateurs. Sans parler de l'agrément qu'il y a de pratiquer un sport hygiénique, c'est un fait physiologique que le mouvement automatique est infiniment moins fatigant que le mouvement volontaire. Le cœur, par exemple, fait un travail à chaque pulsation, qui équivaut à soulever un poids de 40 kilogrammes à la hauteur d'un centimètre, dépense de force qui épuiserait rapidement un muscle de la vie de relation. L'exercice du cycle est en quelque sorte automatique, et c'est cet automatisme qui explique les performances quasi-impossibles des cyclistes, qui étant devenues d'une expérience journalière, cessent de nous étonner.

Le D<sup>r</sup> Lucas Championnière a appelé l'attention sur ce fait que le cyclisme est aussi un exercice rythmique, et tous les éducateurs con-

nourriture doit en être la cause, et quoique l'eau de Vichy et le jus de citron puissent aider à retrouver le bien-être complet en neutralisant l'acidité qui résulte d'une mauvaise nutrition, le meilleur moyen est de couper le mal dans sa racine (*sublata causa*) et de supprimer toute nourriture qui ne soit pas rigoureusement exigée par l'organisme.

Dans ce cas, l'ex-habitué appartient à la classe des intoxiqués par nutrition instable et ralentie, qui, s'ils sont forts, peuvent fort bien vivre en partie sur leur graisse, et s'ils sont maigres, augmenteront de poids par une privation relative. Une quantité suffisante de nourriture appropriée est en général naturellement indispensable, mais chez l'asthénique atteint d'insuffisance catabolique, rien n'améliore mieux la digestion secondaire, dont la perversion cause l'asthénie post-morphinique, qu'un jeûne passager. C'est du reste ce que nous enseigne la sagesse des nations, et les ordres religieux ont toujours employé la diète

naissent la valeur des mouvements rythmiques dans l'éducation mentale et physique. J'ai discuté cette question plus amplement dans différentes contributions antérieures (« La Santé par le Tricycle » et dans le *Medical Annual* « The Remedial Value of Cycling »), je dirai seulement ici que je considère cet exercice, pratiqué modérément et intelligemment, comme le meilleur moyen de prévenir la rechute en morphinisme.

« Il est évident », avons-nous écrit, « que pour les ex-habitués de la morphine à équilibre instable, le meilleur traitement sera celui au moyen duquel la tonicité des tissus sera rétablie, l'oxydation des déchets effectuée et la paresse de la circulation due au manque d'un stimulant habituel, corrigée. Quel meilleur moyen pourrait-on trouver pour remplir ce but que l'irrigation libre des tissus par un sang artériel riche d'oxygène ? Est-ce nécessaire de demander quelle drogue, ou quelle combinaison de drogues remplirait ces indications ? »

comme moyen de raffermir la volonté et de guérir les grandes passions. Les faits se rapportant aux résultats merveilleux de la phagothérapie sont connus, mais le médecin a si peu l'habitude aujourd'hui de la diététique qu'il arrive souvent à la nier.

Les résultats de Dewey, de Keith, dans l'alcoolisme n'ont pas encore eu le retentissement qu'ils méritent ; mais les faits remarquables rapportés par ces écrivains ont été graduellement confirmés par d'autres observateurs, outre les cures de faim déjà connues, deux nouvelles applications de cette méthode, pour le diabète et la tuberculose, ont été récemment proposées dans les sociétés médicales françaises. Le Dr Guelpa a spécialement démontré combien la faim peut être réparatrice et utile pour le renouvellement des tissus, le raffermissement des fonctions, et comme moyen de désintoxication.

Nous savons aussi maintenant que les tables de régimes données dans les livres classiques, même si elles s'appliquent à un travailleur de vigoureuse santé ne sont faites que pour la première partie de sa vie, et non pour l'asthénique, le sédentaire, ni pour celui qui n'est plus jeune.

Un vieux proverbe dit que nous creusons notre tombe avec nos dents ; mais on ne se rend pas assez compte que pour les conséquences de l'excès de nourriture, le remède le plus simple et le plus sûr est de ne manger que ce qui est nécessaire. Comme, encore, la faim est le meilleur apéritif, on peut aisément comprendre qu'avec un bon appétit, nos phagocytes deviendront plus efficaces, et travaille-



ront mieux, soit comme nettoyeurs, soit comme balaieus, et répareront mieux nos tissus que s'ils sont repus !.

1. Pendant leurs expériences de jeûne à Paris, j'eus l'occasion d'observer les effets de l'abstinence chez Succi et Merlatti. Chez le premier, un ulcère lacrymal chronique se cicatrisa pendant l'expérience. Chez Merlatti, on observa des symptômes de défaillance cardiaque à un certain moment, le pouls devenant presque imperceptible, mais recouvrant son ampleur après l'ingestion de l'eau, dont il avait été privé auparavant. Les tracés sphymographiques ont été publiés dans *The Lancet*.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer l'effet de l'abstinence plus modérée chez un ami diabétique, âgé de 62 ans, qui s'est décidé à suivre le nouveau traitement à la mode. Les urines contenaient 90 grammes par jour de sucre diabétique avant l'expérience. Au bout de vingt-quatre heures, il n'en restait pas de trace. La portée de telles expériences pour le traitement des conséquences du biochimisme ralenti après la suppression de la morphine est évidente.

## CHAPITRE X

### Observations

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, au lieu de donner ici la suite des diverses observations contenues dans l'édition originale anglaise, et qui n'ont qu'un intérêt documentaire montrant la genèse et l'évolution d'une méthode, nous préférons, d'accord avec le D<sup>r</sup> Jennings, reproduire l'observation typique du cas auquel nous avons fait allusion dans la préface. C'est un cas que l'on peut considérer comme représentant le type clinique le plus habituel et qui donne bien une idée exacte des résultats que l'on peut obtenir par la technique thérapeutique exposée dans l'ouvrage. L'observation qui suit est tirée du procès-verbal de la séance de la Société d'Hypnotisme de janvier 1910. Considérant ce malade en quelque sorte comme un sujet d'expérience, le D<sup>r</sup> Jennings l'avait préalablement soumis non seulement à l'examen du D<sup>r</sup> Raffegau et de nous-même, qui avons collaboré au traitement, mais il avait fait constater son état par le D<sup>r</sup> Bérillon, par le D<sup>r</sup> Maison du Vésinet, et par le D<sup>r</sup> Warden, médecin de l'hôpital Anglais de Paris.

OBSERVATION. — Le Dr X, âgé de 33 ans, prenait de la morphine d'une façon continue depuis six ans. Tout d'abord pour une névralgie dentaire, ensuite pendant la convalescence d'une fièvre maligne. Directeur du Service Sanitaire d'une colonie Africaine Anglaise, il avait trouvé dans la morphine, comme bien d'autres, la clef des paradis artificiels. Dans un poste où la vie était d'une monotonie désespérante, la morphine, disait-il, le rendait si heureux ! Il y a trois ans, premier essai de renonciation à l'aide de la cocaïne, mais des hallucinations visuelles, auditives, et de la sensibilité générale survinrent. Il entendit les voix de personnes qui semblaient le guetter, et il y avait de la zoopsie. Se rendant compte qu'il tombait de Charybde en Scylla, que ses subordonnés et ses supérieurs commençaient à le soupçonner, il parvint à se ressaisir.

Au moment où il vint me consulter, la dose journalière n'était pas très élevée. Elle était de vingt centigrammes, mais ceci est un détail, car l'ancienneté de l'habitude a bien plus d'importance que la dose du toxique. Le point noir était la présence de trois ou quatre grammes d'albumine par litre d'urine, avec bouffissure caractéristique de la face, enflure des jambes et des pieds, et pituite tous les matins.

Le malade était un amateur forcené de la cigarette, et sans être alcoolique, ne se privait ni de bière, ni de whisky. Je lui fis comprendre que le résultat dépendait entièrement de sa docilité à se laisser diriger et de son obéissance absolue à toutes mes prescriptions. Et avant de consentir à m'en occuper, je lui exposai le régime qu'il aurait à suivre, et il s'engagea à m'obéir ponctuellement.

La méthode de traitement étant exposée largement dans les chapitres antérieurs, il est inutile d'y revenir longuement ici. Dès le premier jour, le tabac a été supprimé entièrement, de même que les boissons alcoolisées. Le malade a été soumis au régime végétarien avec œufs et laitage ; comme boisson, eau de Vichy (Célestins) et eau de Saint-Nectaire. Dès le



lendemain la pituite avait cessé, l'enflure des jambes et de la face disparut au bout de quelques jours, et l'albumine descendait à moins de 1 gramme. Le malade reconnaissait qu'il n'avait jamais mieux dormi que pendant le cours du sevrage. La morphine, réduite journellement, a toujours été donnée, dans un volume constant de véhicule, ce qui est très important. Comme médicaments, surtout des toniques du cœur : spartéine, digalène, strychnine, coca. Le haschisch et l'hyoscine essayés expérimentalement, comme hypnotiques, vers la fin du sevrage ont été remplacés ensuite par le trional, qu'il prenait en se couchant. Le malade sortait chaque jour, faisant de longues promenades, soit à pied, soit à cheval, ou en bicyclette. Dans la maison, il passait son temps à chanter, à jouer au bridge ou au billard. Contrairement à ce qui se passe généralement, le malade ne tenait pas à se droguer. Il se contentait, au contraire, du minimum nécessaire des différents médicaments qu'il avait à prendre. Quand il avait des inquiétudes il préférait une sortie en bicyclette à tout autre moyen de soulagement. J'ajouterai qu'il n'a jamais eu de malaises qui ne fussent pas entièrement soulagés par les douches ou les bains de lumière administrés à l'établissement du Dr Raffegau, et après un de ces bains, il se demandait même si les sensations dont il s'était plaint n'étaient pas dues, en grande partie, à l'imagination. Cette réflexion prouve combien peu ces malaises l'importunaient. Le Dr X... se levait tous les matins à sept heures, prenait part à nos repas de famille, et sauf deux fois, qu'il se trouva fatigué par une trop longue promenade, il se couchait aux heures normales.

Le dernier jour du sevrage, lorsque je lui donnai sa ration finale, il me dit très sérieusement que ce n'était pas la peine de la prendre, et ce ne fut que sur mes instances qu'il finit par s'en servir.

Après le sevrage, mon ex-malade est resté volontairement un mois en observation, et sauf la persistance d'une quantité moindre d'albumine, il était revenu à un parfait état de santé.

Après une visite en Angleterre il est revenu et est resté mon hôte pendant une dizaine de jours, se prêtant néanmoins, de la meilleure volonté, à toutes mes investigations. Le Dr X... est parti pour rejoindre son poste, il y a huit mois environ. Les nouvelles que j'ai reçues depuis ont toujours été des plus satisfaisantes. Il ne reste plus que des traces d'albumine.

On pourrait objecter que le malade dont il s'agit n'était pas un vrai morphinomane et qu'il ne s'agissait dans ce cas que d'un simple tributaire de la morphine non réellement toxicomane. Mais c'est là précisément le point sur lequel j'ai voulu attirer l'attention de la société. Les morphinomanes sont presque tous *persuadés* que leur cas est d'une gravité exceptionnelle : ils sont *persuadés* que la guérison est impossible. Mais dès qu'on leur a fait comprendre le véritable état de choses, leur mentalité se modifie entièrement. Ces malades qui étaient entièrement obsédés par l'idée fixe de l'incurabilité, sont désormais convaincus que la libération est non seulement possible mais proche.

A partir de ce moment, ils se trouvent dans le cas du malade dont je viens de vous relater le traitement et la guérison.

Le cas que nous venons de rapporter n'est pas exceptionnel. Dans le volume anglais se trouve l'observation d'un Professeur d'une École de Médecine française sevré définitivement en quinze jours, et d'autres qui ont été guéris en trois ou quatre semaines. Mais ce qui est surtout intéressant, ce n'est pas tant la rapidité de la suppression que le rétablissement si complet du moral, et le retour si rapide à la santé physique.

Il y a encore un point à noter. On peut poser comme règle générale que, quelle que soit la gravité apparente de l'état du malade et quelle que soit sa dose habituelle, il n'y a jamais lieu de désespérer de

la guérison avec un sujet de bonne volonté, et qui est arrivé à désirer sa libération. L'énormité de la dose journalière ne doit pas nous décourager pourvu que le malade ait réellement le désir de s'émanciper <sup>1</sup>. Ceux qui absorbent des quantités phénoménales de toxiques, n'agissent souvent ainsi que par bêtise impulsive, par snobisme, ou pour une raison semblable. Ils n'ont jamais cherché à restreindre leur dose, et n'ont jamais lutté contre l'impulsion vicieuse, mais la résolution prise, la diminution première sera dans ce cas des plus faciles, et peut modifier de suite et très heureusement l'état mental.

Le malade, qui était tout d'abord découragé à cause du chiffre élevé du poison, sera étonné alors de trouver la tâche plus facile qu'il ne le supposait, et le retour de l'espoir et de la confiance ramènera la récupération de la maîtrise de soi.

Nous avons été consulté au mois de juillet de l'année dernière par un médecin dont il a déjà été question et qui avait, à un certain moment, absorbé dix grammes de morphine, et autant de cocaïne par jour.

Ce confrère *guéri*, il y a cinq ou six ans, par la méthode d'Erlenmeyer, avait immédiatement rechuté. S'étant adressé alors à nous, le traitement sans contrainte a été appliqué sous notre direction avec succès par le D<sup>r</sup> Raffegau. Le sevrage ayant pris fin au mi-

1. Nous avons guéri un malade qui avait pris à un certain moment dix grammes de morphine par jour en injections sous-cutanées. Le D<sup>r</sup> Comar a rapporté un cas où la dose journalière était de 14 grammes. Le D<sup>r</sup> Kellogg a eu un malade qui prenait par la bouche 30 grammes en deux fois.

lieu de l'hiver, le malade, sur notre conseil, se fit recevoir médecin sanitaire, et partit pour l'Amérique du Sud. Transféré au bout de quelques voyages à la ligne de l'Indo-Chine, il fut atteint de dysenterie, recommença la morphine, retomba enfin dans la cocaïne. Il eut des aventures incroyables et échoua finalement à Bethlehem Hospital, le grand Asile de fous de Londres.

Revenu en France, le malade était très désireux de se mettre de nouveau entre nos mains, mais n'étant pas à Paris nous ne pouvions pas le diriger, et il passa pendant les années 1908-1909, par cinq ou six maisons de santé ou asiles d'aliénés, laissant partout la plus mauvaise réputation. Enfin au mois de juillet de l'année dernière il vint au Vésinet, promettant une obéissance absolue, et me supplia de le soigner. Il avait avec lui un gardien, et s'installa dans une pension de famille, mais malgré sa promesse il continua à prendre de la cocaïne et la nuit ses cris et gémissements empêchant tous les autres locataires de dormir, on fut obligé de le renvoyer.

Examinant ses urines au mois de juillet, nous avons décelé huit grammes d'albumine par litre. Il continua cependant, malgré nos injonctions, à s'injecter les deux poisons, n'écoutant en rien le confrère qui avait la bonté de le suivre, et le ventre, les hanches, les cuisses et les jambes criblés d'abcès, son état était devenu tellement grave, au mois d'octobre, lorsque nous le revîmes, qu'on le croyait mourant et que son transfert à l'hôpital s'imposait. L'albumine était montée à dix grammes. Il était alors alité, et immobilisé à cause de ses nombreux abcès, la cocaïne avait



été enfin supprimée sans son consentement quelques jours auparavant.

Le Professeur Hartmann, dont il avait été l'élève, le fit admettre à l'hôpital Bichat, dans le service du Dr Bruhl, qui eut la grande amabilité de me prier d'instituer le traitement qui fut pratiqué selon les règles données dans ce volume. La seule différence était que le malade ayant pleinement démontré qu'il était incapable de coopérer librement et loyalement au sevrage, ne fut pas mis au courant de la progression de la suppression qui fut achevée à son insu. Il ne prenait plus depuis une dizaine de jours que de l'eau salée, et avait passé le Rubicon sans s'en douter croyant toujours recevoir une dose suffisante de morphine. Pendant la suppression les forces étaient revenues, l'albumine était descendue à quatre grammes, et un mois après sa sortie elle chiffrait par un gramme seulement. Survint alors une grippe, toux, fièvre, prostration profonde, complications pulmonaires, pour lesquelles on lui fit des pointes de feu. L'albumine était remontée à douze ou quinze grammes. Le cas paraissait désespéré, mais un mieux se déclara, les forces revinrent, et six semaines après le malade qui avait pris de la théobromose, était dans le même état qu'à sa sortie de l'hôpital ayant quatre grammes d'albumine, mais autrement bien portant. « L'avenir de ce pauvre garçon », m'avait écrit le Dr Bruhl quelques semaines auparavant, « me paraît bien sombre. » Il vint cependant me voir au mois de mars pour me faire savoir que sa santé était redevenue très satisfaisante, qu'il avait suivi mon conseil et venait d'accepter le poste de médecin sani-

taire à bord d'un navire. Le moral était excellent.

Dans un cas semblable, le pronostic sera forcément des plus réservés, mais il démontre en somme que, quelle que soit la gravité apparente de l'état de santé chez un toxicomane, on peut espérer qu'en supprimant la cause, l'effet disparaîtra. Si un état général morbide tel que l'albuminurie, la glycosurie, ou la neurasthénie par auto-toxémie est dû au seul abus de la morphine, il est à peu près sûr, comme nos observations le démontrent, que toutes ces atteintes à la santé peuvent disparaître avec la cause qui les a fait naître.

Une dernière observation qui a déjà été publiée dans le *Journal des Praticiens* et nous ne voyons aucun inconvénient à reconnaître que c'est la nôtre, démontre ce que nous avançons ici :

Le sujet de l'observation, médecin âgé aujourd'hui de 58 ans, a commencé à se faire des injections en 1881, pour une névralgie du nerf sciatique: la morphine l'a conduit à l'alcool.

Devenu alors « morphinomane », il chercha à se guérir par la cocaïne, qui était préconisée en 1885 comme moyen curatif, mais ne réussit qu'à compliquer son état. Devenu morphino-cocaïnoman, il se ressaisit néanmoins au bout d'un an et il guérit.

Ce cas a été publié dans *l'Encéphale* de 1887.

Dix-huit mois plus tard (à l'âge de 38 ans), l'ex-morphinomane eut un premier accès de goutte classique, suivi six mois après d'un deuxième, d'un état de neurasthénie gouteuse et d'iritis récidivant menaçant la vue, et d'une exagération d'un état diathésique, qui avait comme principaux symptômes le catarrhe pharyngé et bronchique, avec hypersécrétion

et hypertrophie des amygdales et tonsillites à répétition.

Reconnaissant que tous ces symptômes dépendaient d'un même état général, sachant que la morphine prise dans certaines conditions guérit la goutte, le malade recommença l'usage motivé et réglé de cet alcaloïde.

Cette « rechute », si l'on peut l'appeler ainsi, a duré dix-neuf ans, pendant lesquels le sujet en question eut une vie des plus actives. Sportsman convaincu, il mena de front en même temps des recherches scientifiques et bibliographiques, et il a publié il y a deux ans un ouvrage considérable sur l'ornementation des incunables. Observant exactement les conditions voulues, le malade s'est abstenu pendant dix-neuf ans de toutes boissons alcooliques et de toute espèce de viande.

L'usage de la morphine l'avait cependant rendu à la longue frileux, et en hiver il sortait le plus souvent en voiture.

Par contre, l'état catarrhal avait disparu et chose curieuse et non signalée comme résultat de l'emploi prolongé de la morphine, mais que nous avons constaté depuis dans d'autres cas, les amygdales avaient également disparu<sup>1</sup>. La goutte et l'iritis avaient été enrayés dès le début, et sauf une grippe en 1897, une broncho-pneumonie grippale en 1902, ce malade s'était constamment bien porté jusqu'en 1906 et tant qu'il a pu observer son régime de choix.

De grandes pertes de fortune l'ayant rendu anxieux au sujet de l'avenir de sa famille, cet état mental détermina la glycosurie qui était la cause occulte de l'abattement progressif des forces qui survint à cette époque.

La découverte du sucre éclairant le diagnostic, le malade se conformant aux idées reçues renonça au régime végéta-

1. Le corps thyroïde était notablement atrophié et probablement aussi le pancréas. Je signale cette recherche à faire dans les autopsies des morphinomanes. Elle peut avoir des conséquences importantes pour le traitement de cette maladie.

rien. Les selles, toujours régulières auparavant, devinrent bientôt plus espacées et au bout de quelques mois l'atonie intestinale était complète.

Une intoxication progressive se déclara et le malade qui avait, entre temps, fait de nombreuses tentatives infructueuses de sevrage, sans interrompre ses occupations habituelles, vit s'établir en permanence un état de prostration physique et mentale profonde, avec hypertension artérielle et cardiasthénie alarmante.

Il se décida alors à se consacrer, comme il l'avait déjà fait auparavant, entièrement au sevrage de la morphine, sans limite de temps, et à se placer pendant la période nécessaire dans les conditions voulues <sup>1</sup>.

Le premier mois fut consacré uniquement à une cure préliminaire d'air et de repos.

Après ce délai la quantité de morphine qui avait été légèrement augmentée et qui était en ce moment de 18 centigrammes par jour, a été progressivement et régulièrement diminuée.

Le malade, pour se libérer de toute préoccupation, avait confié ce soin à son doucheur, garçon très intelligent, mais il portait toujours sur lui une dose supplémentaire de morphine en cas de réel besoin.

Le sevrage a duré un peu moins de deux mois et le traitement consista presque exclusivement dans la diminution

1. Par conditions de réussite voulues, je veux dire que le malade doit avoir pris la résolution de se consacrer entièrement à sa guérison durant le temps nécessaire. L'ensemble des moyens n'aboutira cependant à rien si le traitement n'est pas appliqué dans des conditions favorables. C'est-à-dire que celui qui a le désir de renoncer à la morphine doit faire en sorte de n'avoir aucune préoccupation que le but à atteindre. Qu'il entre dans un sanatorium, ou qu'il se retire à la campagne, il faut qu'il renonce à tout autre intérêt momentanément et qu'il s'applique pendant le temps nécessaire uniquement à sa guérison.



progressive de la quantité de morphine dans un volume constant d'eau salée et en l'administration des toniques du cœur, d'eau de Vichy, de bains d'air chaud, de douches chaudes, et avec cela beaucoup de distractions. Enfin pendant deux ou trois nuits seulement, des inhalations d'éther.

Après la substitution aux piqûres, des injections rectales, l'effet stimulant mais plus éphémère de la morphine fut remplacé, comme il arrive toujours, par un effet tonique plus persistant, avec diminution progressive du *besoin* en raison de la diminution progressive des doses. La convalescence allant de pair avec le sevrage, la santé était revenue progressivement et le malade qui pouvait à peine marcher et grelottait de froid le 10 août, faisait à la fin du sevrage des promenades de vingt kilomètres en bicyclette. Pendant les derniers jours et lorsqu'il ne prenait plus qu'une seule dose rectale dans les 24 heures, en se couchant, il jouait au billard toute l'après-midi.

Il y a maintenant près de deux ans qu'il a renoncé définitivement à la morphine et grâce au régime végétarien, il n'y a jamais eu le moindre retour de manifestations arthritiques.

## CHAPITRE XI

### Traitement de la morphinomanie par les hypnotiques

Nous nous sommes occupé, dans les chapitres précédents, du traitement des tributaires de la morphine, non-morphinomanes, et nous avons démontré que la méthode de non-contrainte peut donner les meilleurs résultats. Les malades sont souvent persuadés, comme nous l'avons déjà dit, qu'il y a un obstacle invincible à la guérison, mais cet obstacle peut disparaître lorsque, par une démonstration irréfutable des faits, on est arrivé à leur donner une idée plus sensée et plus exacte de la situation. L'obsession psychique, la crainte et l'appréhension déraisonnée étant ainsi enrayées, on n'a plus affaire qu'à un malade voulant guérir, et qui, sachant que c'est possible, a recouvré sa bonne volonté, et consent à se laisser diriger. C'est ce que les observations que nous avons publiées démontrent pleinement.

Dans un certain nombre de cas, cependant très exceptionnels, l'aboulie résultant de l'abus des toxiques est pour ainsi dire absolue, ou tout au moins trop prononcée, pour qu'on puisse compter sur la coopération du malade.

Pour cette catégorie qui comprend les véritables possédés des drogues, les morphinomanes impénitents, les cocaïnomanes et héroïnomanes, etc., le traitement sera forcément différent. Il s'agit ici d'une vraie maladie mentale, d'une psychose impulsive, et il serait vain de tenter de « l'orthopédie morale ». Les malades de cette espèce étant incapables de se soumettre avec suite à une direction, la contrainte devient nécessaire, et la suppression de la drogue doit être effectuée par un traitement spécial.

Cette contrainte peut être physique ou chimique.

*Contrainte physique.* — En France, la méthode ordinairement préconisée par les auteurs est le procédé de suppression rapide que nous avons apprécié dans un chapitre précédent. (Voir chap. VII.)

*Contrainte chimique.* — J'ai discuté ailleurs beaucoup plus longuement le pour et le contre des différentes méthodes comprises sous ce titre<sup>1</sup>, mais on peut remarquer qu'avec les sujets incapables de tout effort volontaire, le premier acte du traitement doit être la suppression du toxique dont ils ne *peuvent* se passer : on s'occupera ensuite de réformer le caractère.

Dans la première méthode de sevrage par direction consentie, le succès dépend de l'influence personnelle du médecin, qui doit être prédominante dès le début. Dans les traitements par contrainte chimique, au moyen d'hypnotiques, c'est différent. Dans ces « cures » le malade reste alité pendant plusieurs jours, et l'état provoqué par les drogues, surtout

1. *The medical Magazine*, mai 1910.

quand il s'agit d'un sevrage par l'hyoscine poussé jusqu'à son effet physiologique maximum, nécessite une surveillance constante et avisée. Ce traitement ne peut donc être appliqué qu'avec l'aide d'un personnel spécialement dressé et expérimenté.

Pendant le traitement par l'hyoscine, la dose d'alcaloïde nécessaire variera suivant la tolérance du malade, mais ceux qui appliquent ces méthodes trouvent généralement qu'après une première dose d'un demi-milligramme, il faut ensuite donner, toutes les heures, la moitié de cette dose initiale, c'est-à-dire un quart de milligramme. Quelques spécialistes ont donné, toutes les heures, un demi-milligramme, mais un quart de milligramme, et quelquefois moins, est considéré comme suffisant. Un léger délire s'ensuit qui peut quelquefois alarmer le non-initié, mais qui, au témoignage des malades, n'est pas désagréable.

L'emploi de l'hyoscine exige de grandes précautions. L'expérience montre qu'il est plus sage d'éprouver l'idiosyncrasie du sujet avant d'aller trop loin et qu'il est préférable de donner en plusieurs fois la dose initiale.

Après le Dr Lott <sup>1</sup>, le Dr Hare donnait 1 egr. 1/2 d'hyoscine par jour, sans trouble apparent des fonctions vitales <sup>2</sup>. Le Dr Pettey a cependant noté un cas où une dose de 1/2 milligramme, donnée trois fois à des intervalles d'une heure, provoqua chez le malade un état très alarmant de cyanose, d'inconscience, et de stertor, exigeant l'emploi de toniques, et qui

1. *Texas Medical Journal*, 1901.

2. *Medical News*, 1902.



dura trois heures. La vie du malade ne fut sauvée que par des injections de sérum isotonique, caféine, strychnine, nitroglycérine ; on employa aussi des applications chaudes et d'autres stimulants ; mais on ne parle pas de la pilocarpine, alcaloïde qui combat les effets désagréables de l'hyoscine, sans diminuer son action immédiate. J'emploie généralement les deux à la fois, mais de nombreux spécialistes n'administrent pas l'alcaloïde du jaborandi avant que l'hyoscine n'ait produit son plein effet.

Le traitement accessoire consiste dans l'administration d'un tonique du cœur, en particulier de la strychnine, et pendant la convalescence, de la caféine.

Les médecins partisans de l'hyoscine comme méthode générale ne sont pas tous d'accord sur le mode de traitement des intestins. Ceux-ci sont toujours relâchés et plusieurs écrivains conseillent de provoquer l'élimination des produits auto-toxhémiques par le calomel ou autres cholagogues. D'autres préfèrent restreindre leur action trop fréquente et, dans les cas où ce remède est applicable, l'extrait fluide de coto donne de bons résultats.

On soulagera grandement le malade par des bains d'air chaud ou de lumière incandescente. Ce dernier remède, dit le Dr Grover Burnett, est le moyen scientifique de faciliter le traitement des alcooliques ou morphinomanes. Quand il n'est pas applicable, le bain chaud ou la douche chaude pourra le remplacer.

Le Dr Douglas <sup>1</sup> préfère, pour la même catégorie

1. *Medical Record*, novembre 1908.

de cas, un procédé qui consiste « à garder le malade endormi, ou à l'état somnolent pendant plusieurs jours » par le moyen d'une succession d'hypnotiques. Comme le traitement par l'hyoscine, « il offre, dit l'auteur, l'avantage que le malade ne peut ni se dérober, ni tricher ». « Il agit, dit le Dr Douglas, avec la certitude, et la précision d'un ressort d'acier indépendamment du caractère intellectuel et moral du malade. »

*Apomorphine.* — Le Dr Douglas a eu aussi le mérite d'attirer le premier l'attention sur l'action sédative de l'apomorphine pour le sevrage de la morphine <sup>1</sup> et le Dr S. Elmo Sanders décrit ainsi la méthode en usage à l'hôpital de la ville de Kansas <sup>2</sup> : « Après un bain le malade est mis au lit, toute morphine ou cocaïne étant supprimée. La solution d'apomorphine et de strychnine — 5 milligrammes et 1 milligramme respectivement pour 20 gouttes de solution — peut être donnée par doses de dix à vingt gouttes tous les quarts d'heure, pendant les douze premières heures <sup>3</sup>. Il n'y a pas lieu de diminuer la fréquence des doses, car s'il se sent bien, le malade ne réclamera pas le remède et il y renoncera de lui-même au bout de deux ou trois semaines. »

Selon nous, les doses indiquées sont beaucoup trop fortes et la méthode n'est pas exempte de danger. Nous avons expérimenté ce médicament et nous avons vu des malades chez lesquels deux milligrammes d'apomorphine ont été très mal supportés.

1. *Potter's Handbook of Materia Medica*, etc.

2. « Kansas city medical index », *Lancet*, octobre 1906.

3. Le Dr Douglas donne des doses de 1/30 de grain.

Le mélange atropine-strychnine est employé par plusieurs spécialistes anglais et américains.

Plus récemment le Dr Langsdorff a publié des formules qui, appliquées convenablement, sont, à son avis, des spécifiques qui combattent l'accoutumance à la morphine.

N° 1 : consiste en pilules de jusquiame, noix vomique, jalap, podophylle, gingembre et calomel.

N° 2 : est un mélange de xanthoxylum, jusquiame, pilocarpine et belladone. On donne ensuite de la gelsemine et un mélange composé des cinq toniques du cœur, strophanthus, muguet, cactus, digitale et strychnine. Un traitement semblable composé de xanthoxylum, jusquiame et belladone avec un stimulant du foie a été vanté dernièrement par le Dr Lambert comme remède quasi-infaillible <sup>1</sup>.

Plusieurs spécifiques, annoncés par la réclame, ont une composition semblable et, quand l'analyse n'y rencontre pas de la morphine, de l'héroïne ou tout autre médicament actif, elle les trouve généralement formés par une combinaison des drogues énumérées dans ce chapitre. Le génie de la réclame consiste à persuader le public qu'on est en possession d'un secret, ou que l'efficacité du médicament est produite par quelque moyen spécial <sup>2</sup>.

1. *Journal of the American medical Association et Medical Magazine*, mai 1910.

2. Nous avons déjà donné notre avis sur la valeur et le mode d'action des remèdes secrets.

La persévérance des malades à suivre sans profit des traitements annoncés dans les journaux est quelquefois remarquable. « Après avoir suivi différents traitements de ce genre sans succès aux États-

En réalité, tous ces médicaments sont formés d'un alcaloïde mydriatique, avec pilocarpine, strychnine ou autres toniques du cœur, additionnés d'un stimulant quelconque du foie, la nature des ingrédients étant masquée par des aromatiques amers.

Les panacées qui contiennent les substances ci-dessus mentionnées peuvent sans doute apaiser le désir, mais un médicament qui permet de se contenter d'une dose plus faible de morphine, permet aussi d'en prendre une plus grande avec une impunité apparente. Cette loi de l'accoutumance aux poisons est illustrée par les effets de la morphine, cocaïne, alcool

Unis, m'écrivait un malade, j'entendis parler d'une Société de New-York. Pour faire un dernier effort afin de me libérer de mon misérable esclavage, je pris le train pour New-York, et je m'adressai à la Direction de la Société en question. On m'expliqua le traitement, qui me parut assez plausible. Je devais recevoir dix flacons numérotés de 1 à 10, et prendre le médicament trois fois par jour. Si j'éprouvais encore des malaises, on me donnerait dix autres flacons qui complèteraient la guérison *nolens volens*.

« Je suivis consciencieusement le traitement, mais étant arrivé à la dernière bouteille de la première série, j'eus l'idée d'en faire analyser le contenu. Jugez de ma déception quand j'appris qu'il s'y trouvait de la morphine. »

Une dame anglaise nous écrivait dernièrement, pour nous demander si elle devait persévérer dans un essai de renonciation, au moyen d'un remède secret annoncé dans les journaux français. Elle le prenait depuis trois mois. L'ayant fait analyser sur mes conseils, elle apprit qu'elle prenait toujours 24 centigrammes de morphine par jour.

Un confrère nous vantait dernièrement les merveilleuses propriétés d'un remède allemand à base d'argemone mexicana, exploité en Belgique. Il citait le cas d'une dame guérie il y a un an par ce moyen. Renseignements pris, nous avons su que la dame continue toujours à prendre le spécifique dont elle ne peut se passer. L'analyse faite par un inspecteur de pharmacie démontre qu'il y entre de la morphine.



et éther qui peuvent être remplacés l'un par l'autre : mais cette tentative de substitution a généralement pour résultat de renforcer l'accoutumance pour les deux drogues. Vouloir se guérir soi-même par un remède de ce genre est donc au moins chanceux.

Il serait exagéré cependant d'affirmer qu'il soit impossible d'y parvenir, car il y a des malades qui ne persévéreraient pas dans un traitement prescrit par un médecin régulier mais qui suivent à la lettre les avis d'un empirique. Croyant être aidés par un spécifique merveilleux, ils font tout simplement une cure de réduction <sup>1</sup>.

On peut faire quelques remarques particulières pour le traitement des malades adonnés à certains excitants.

*Cocaïnomanes.* — On suppose souvent que l'accoutumance à la cocaïne est plus difficile à guérir que la morphinomanie. Si on entend par « guérison » la suppression immédiate, c'est uniquement une question de contrainte qui, dans ce cas, est légitime. Dans l'accoutumance à la cocaïne, l'élément psychique est prédominant et le malade cède à une impulsion irrésistible tout à fait disproportionnée au besoin organique. On ne peut pas se fier à lui pour l'accomplissement du traitement prescrit ; aussi doit-on le soumettre à une surveillance et une direction constantes.

*Héroïnomanes.* — Pour ces malades, la suppres-

1. La Société pour la suppression de l'opium prétend qu'un sevrage peut être obtenu graduellement, sans souffrance, à l'aide du « *Combretum sundiacum* » connu aussi sous le nom de « plante de la Jungle ». On parle de milliers de cures effectuées ainsi en Orient, mais l'on manque encore d'une preuve rigoureuse de son efficacité.

sion est souvent accompagnée ou suivie d'attaques de dyspnée, causées par une poussée congestive vers les centres respiratoires. Ce malaise peut exiger un traitement spécial et, quand l'accoutumance à l'héroïne est consécutive à une tentative de renonciation à la morphine, il est préférable, comme nous le faisons, de remplacer de suite l'héroïne par la morphine et de procéder comme dans le cas de morphinisme ordinaire.

La conclusion pratique de cette étude est que, quel que soit le mode de traitement adopté, c'est le devoir du praticien d'empêcher la souffrance dans la mesure du possible, car si l'endurance volontaire de légers malaises peut être pour un psychasthénique utile à la réformation de son caractère, rien n'est plus démoralisant pour un morphinomane, ni plus apte à provoquer la rechute, que de lui imposer des vraies souffrances évitables. Toute méthode basée sur l'hypothèse de la valeur préventive de la douleur infligée de parti pris est illogique et ne saurait, dans la pratique être trop sévèrement condamnée.

La guérison de la morphinomanie peut, comme nous l'avons démontré, être effectuée avec un sujet raisonnable, aussi promptement par le procédé que nous avons décrit dans ce travail, que par les soi-disant méthodes rapides.

Dans un cas de morphinisme simple, il ne doit y avoir, si le traitement est appliqué convenablement, aucun malaise que le malade ne consente à souffrir. De plus, si le malade est bien dirigé, la santé s'améliore sûrement et s'il a la conviction du succès éventuel, s'il reconnaît qu'il vaut mieux marcher progressivement,

et que *natura nihil fit per saltum*, il n'éprouvera à aucun moment du découragement. La convalescence marchera de pair avec la suppression, et on n'a pas à redouter les crises éliminatoires, l'aboulie et l'apathie intellectuelle, qui persistent si longtemps avec d'autres traitements. L'équilibre restera quelquefois instable, mais chez nos malades la suppression a toujours été suivie d'un retour de force et de santé, le principal danger étant la tendance à trop se dépenser. On doit en somme faire un sevrage aussi vite que possible, mais aussi lentement que nécessaire et la devise du praticien ayant à cœur l'intérêt de son malade sera : *festina lente*. En tous cas rien n'est plus démoralisant pour un simple morphinisé non encore toxicomane, rien n'est plus apte à le déséquilibrer définitivement, et à lui enlever le peu de volonté qu'il possède, que l'internement dans une chambre capitonnée, avec fenêtres grillagées, gardiens, et tout l'attirail de la contrainte.

Avec des sujets moins dociles, il peut être exceptionnellement admissible de pratiquer la suppression immédiate à l'aide d'autres narcotiques ; mais, selon nous, le médecin consciencieux emploiera de tels moyens aussi rarement que possible. « Je suis », dit le Dr Crothers, le plus éminent des spécialistes Américains, « sûr de ce que j'avance, et je le répète, que l'emploi de l'hyoscine et de beaucoup d'autres narcotiques est très dangereux dans le traitement de la morphinomanie. Les « knock-out » cures sont des plus hasardeuses, et peuvent même déterminer une lésion permanente du cerveau. » (Lettre personnelle à l'auteur.)



Le choix de la méthode hypnotique, pour un morphinomane se reconnaissant incapable de suivre un traitement graduel, dépendra donc des circonstances, telles que la tolérance spéciale pour certaines drogues, et on doit prendre en considération le danger possible pour la santé future, et les chances plus ou moins grandes de récédive pour chaque méthode.

Quant à ce dernier point, le pronostic est évidemment moins sûr, après une cure par contrainte chimique, qu'après un sevrage auquel le malade a coopéré librement et activement, car celui qui a été encouragé à considérer les drogues comme les seuls et uniques moyens de soulagement, sera plus enclin à y revenir, que celui qui a appris à n'y plus recourir exclusivement dans les moments de détresse et de difficulté.

D'autre part, il ressort pleinement des passages se rapportant à la soi-disant méthode rapide que nous avons reproduits, que la souffrance est nuisible. Le traitement d'Erlenmeyer, que nous croyons dangereux pour la vie, anéantit la volonté et le malade reste pendant de longs mois dans un état mental des plus fâcheux, exposé à des retours inopinés de besoin, auxquels il succombe le plus souvent.

La démorphinisation dite rapide est donc très peu rassurante pour l'avenir. Elle est aussi en vérité la plus lente, et la plus pénible ; et malgré les grands inconvénients que nous avons signalés nous lui préférons pour les toxicomanes invétérés, qu'on ne peut ramener à une mentalité plus raisonnable, les méthodes par les hypnotiques, qui offrent relativement beaucoup moins d'objections.





## TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE . . . . .	1
INTRODUCTION . . . . .	5
CHAPITRE I. — La rééducation du « self-control » .	13
CHAPITRE II. — Traitement médical général . . .	32
CHAPITRE III. — Traitement physiologique. . . .	41
CHAPITRE IV. — Traitement physiologique ( <i>suite</i> ). .	50
CHAPITRE V. — Traitement physiologique ( <i>suite</i> ). .	60
CHAPITRE VI. — Traitement du morphinisme au sanatorium . . . . .	64
CHAPITRE VII. — Traitement au sanatorium ( <i>suite</i> ) .	75
CHAPITRE VIII. — L'hypnotisme et l'influence de la suggestion . . . . .	81
CHAPITRE IX. — Le traitement de la convalescence .	97
CHAPITRE X. — Observations . . . . .	106
CHAPITRE XI. — Traitement de la morphinomanie par les hypnotiques . . . . .	117
TABLE DES MATIÈRES . . . . .	129
TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES . . . . .	131



## TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

	Pages		Pages
ABOULIÉ ET APATHIE INTEL- LECTUELLE. — Consé- quences de la démor- phinisation rapide. . .	83	ATTENTION (Comment dé- velopper la valeur dy- namogénique de l'). . .	66
ABSTINENCE (CURE D') dans les troubles de métabo- lisme . . . . .	103	ATROPINE (Traitement par l'). . . . .	122
ACIDITÉ. — Phénomène constant dans la dépres- sion nerveuse . . . .	53	AUTO ET HÉTÉRO-SUGGES- TION dans la rééduca- tion de la volonté, opi- nion du Dr P. Lévy . .	66
— (Rôle de l'), comme facteur du « craving ». .	52	BAIN TURC. — Excellent moyen thérapeutique. .	60
— Hyper. — De la sup- pression (traitement de l') . . . . .	54	BÉRILLON (le Dr). — Va- leur de l'hypnotisme. .	9-30
ALCALIN ; TRAITEMENT (Im- portance du). — Opi- nion de Crothers . . .	56	BESOIN DE MORPHINE (Fac- teurs du). . . . .	37
ALCOOL (danger de l') pen- dant la suppression. . .	36	— (Explication psycho- physiologique du). . .	87
ALCOOLISME, rapports avec la morphinomanie . . .	26	BRIGHT (MALADIE DE). — Considérée à tort comme conséquence fréquente de morphi- nisme . . . . .	78
ALCOOLQUES, (Valeur de l'hypnotisme chez les) .	30	BROMURATION. — Condam- née par Crothers . . .	35
ALLBUTT, SIR CLIFFORD (Opinion de). . . . .	51	BRUHL (le Dr) (Toxico- mane invétéré guéri par). . . . .	111
ALIMENTATION (Excès d'), nuisible . . . . .	103	BURNETT GROVER (le Dr). — Partisan des bains de lumière incandescente. .	130
ANXIÉTÉ, DOUTE ET DÉCOU- RAGEMENT. — Causes d'insuccès. . . . .	22	CHALMET (le Dr). — Né- cessité de la confiance raisonnée. . . . .	21
APOMORPHINE, (Traitement par l'). . . . .	121		



	Pages		Pages
CHANVRE INDIEN (Emploi du). . . . .	37	DÉCOURAGÉ (Le morphinomane à tort un). . .	65
CHARLATANESQUES, REMÈDES (Action imaginaire des). . . . .	38	DE FLEURY (le Dr) MAURICE (Opinion du), sur le choix d'un médecin. .	74
« CHRISTIAN SCIENCE ». — Avantages et inconvénients de cette croyance . . . . .	14-91	DENTS. — Nécessité des soins préalables de la bouche avant une cure de démorphinisation .	33
— La négation de toute science reconnue . . .	92	DESCHAMPS (le Dr) ALBERT. — Sur le traitement de l'asthénie. . . . .	71
— Délusion confortable à encourager chez les femmes nerveuses. . .	92	DIGALÈNE. . . . .	49
COCAÏNOMANIE (Indications spéciales pour le traitement de la) . .	124	DIGITALE. . . . .	49
COMBRETUM SUNDIACUM (Valeur problématique du). .	36	DIONINE (Emploi de la). .	34
CONDITIONS DE RÉUSSITE (Nécessité d'observer les). .	115	DOUGLAS (le Dr). — Traitement par l'apomorphine . . . . .	121
CONTRAINTÉ. — Admissible seulement pour les véritables toxicomanes. .	118	— Traitement par les hypnotiques. . . . .	121
— Augmente le désir de morphine . . . . .	16-84	ECUEILS à éviter pendant le sevrage. . . . .	23
— Chimique, et ses indications. . . . .	118	ENCOURAGEMENT (L'empêchement de la souffrance le meilleur). .	17
COOPÉRATION DU MÉDECIN ET DU MALADE (Nécessité de la) . . . . .	17	ERLENMEYER (DÉMORPHINISATION RAPIDE DE). — Opinion du Dr Sollier. .	77
COTO. — Utile contre la diarrhée de la suppression. . . . .	120	EQUILIBRE INSTABLE DES EXMORPHINISÉS. — Moyens de le prévenir . . .	97
CYCLE (exercice du), spécialement utile comme prophylaxie de la rechute . . . . .	101	FOIE (Troubles du) dans le morphinisme. . . . .	79
— (Rôle de l'automatisme dans l') . . . . .	102	GALVANISATION CÉRÉBRALE (Emploi de la) . . . . .	102
— (Valeur comme exercice rythmique) . . . . .	102	GANGEE (le Professeur), (Vues de l'auteur confirmées par) . . . . .	13
DÉCHARGES ÉLIMINATOIRES favorisées dans la méthode rapide. . . . .	81	GUIMBAIL (Dr), (Opinion du). . . . .	16
		GRASSET (le Professeur) reconnaît la valeur de l'hypnotisme pour les polygonaux . . . . .	29
		HAIG (le Dr). — Modifi-	

	Pages		Pages
cations de la tension sanguine par la morphine . . . . .	45	sateur de l'hyoscine.	119
HÉROÏNE (Emploi de l'), désastreux . . . . .	37	LEFÈVRE (Thèse du D <sup>r</sup> ), sur la morphinomanie.	19
HÉROÏNOMANIE. — Conduite à tenir pour prévenir les syncopes du sevrage . . . . .	124	LUMIÈRE INCANDESCENTE (Bains de), dans le traitement du morphinisme . . . . .	120
HUCHARD. — La tension sanguine dans l'amorphinisme. . . . .	44	MAISON (le D <sup>r</sup> ). — Guérison rapide d'un cas de morphinisme observé par. . . . .	106
HYOSCINE. — Fortes doses administrées sans inconvénients . . . . .	119	MECO-NARCÉIQUES alcaloïdes (Emploi des) . . . . .	36
— Symptômes alarmants causés par petites doses	119	MÉDECINS-MORPHINOMANES. — Proportion des . . . . .	7-63
— Avec Pilocarpine. . . . .	120	MONISME du D <sup>r</sup> Dubois.	93
HYPNOTISME. — Utile dans la morphinomanie. . . . .	20	MONOÏDÉISME (Développement du), par le self-control. . . . .	66
— A rejeter pour les simples morphinisés d'habitude . . . . .	30	MORPHINE (Besoin de), analysé. . . . .	87
— Opinion du D <sup>r</sup> Bérillon	30	— (Mécanisme de la réduction progressive de la) . . . . .	38
— Opinion du Professeur Grasset. . . . .	29	MORPHINISME. — Cas d'autant de 25 ans, guéri sans contrainte. . . . .	113
— Opinion du D <sup>r</sup> Harrington Sainsbury . . . . .	89	— (Cas de), compliqué d'albuminurie, guéri en douze jours . . . . .	106
HYPNOTIQUES (Traitement par les) . . . . .	121	— (Fréquence et mortalité par le), dans le corps médical. Opinion du traducteur . . . . .	7
INSOMNIE. — Résultat d'une mauvaise méthode de traitement.	35	MORPHINOMANIE considérée comme une neurasthénie toxique . . . . .	52
ISOPRAL. — Le moins mauvais des hypnotiques . . . . .	36	— (Distinction entre la), et la simple habitude de la morphine. . . . .	117
ISOTONIQUE (L'Eau de Vichy en injections hypodermiques est) . . . . .	58	— Contrainte chimique préférable à la contrainte physique . . . . .	118
LABORDE. — Sur l'effet de la spartéine . . . . .	46	— Traitement par l'apomorphine. . . . .	121
LAMBERT (traitement du D <sup>r</sup> )	123		
LANGSDORFF (D <sup>r</sup> ) (Spécifique du) . . . . .	123		
LOTT (D <sup>r</sup> ). — Vulgari-			

	Pages		Pages
— Traitement par l'hyos-		nurie guérie sans con-	
cine. . . . .	119	trainte, ni souffrance	
— Traitement par une		en douze jours (Té-	
succession d'hypnoti-		moignage à la Société	
ques . . . . .	121	d'hypnologie du) . .	9
MORPHINO-COCAÏNOMANIE.		RECHUTES. — Probabilité	
— Suppression immé-		plus grande après la	
diate de la cocaïne. .	111	méthode rapide . .	85
MOUTIER (le Dr) (Des-		RECTALES. — Emploi des	
cription d'un morphi-		injections . . .	18-39
nomane par). . . .	75	RÉSURRECTION PHYSIQUE	
MUSICOTHÉRAPIE. — Dans		après suppression. .	24
le sevrage de la mor-		SAINSBURY-HARRINGTON (le	
phine . . . . .	101	Dr). — Son ouvrage	
NÉCROSCOPIQUES. — Lé-		sur l'habitude des dro-	
sions des cellules ner-		gues . . . . .	87
veuses dans la morphi-		SANATORIUM (Avantages et	
nomanie . . . . .	84	inconvenients pour les	
NÉOPHYTES DE LA SERINGUE		toxicomanes) . . .	68
PROPAGANDISTES . . .	24	SECRETS. — Remèdes an-	
NEURONES. — Réaction		noncés dans les jour-	
acide dans l'état de		naux contiennent tou-	
besoin. . . . .	53	jours de la morphine.	122
OXYDI-MORPHINE. — Con-		SELF-CONTROL (Rééduca-	
siderée comme cause		tion du) . . . . .	11
du besoin par certains		SOLLIER (le Dr). — Des-	
auteurs . . . . .	58	cription des souffran-	
PANTOPON Démorphinisé.	39	ces de la méthode ra-	
PILOCARPINE. — Son asso-		pide . . . . .	81
ciation à l'atropine .	34	SPARTÉINE (Sur l'action	
— Son association à		physiologique de la) .	43
l'hyoscine . . . .	120	— Mal tolérée par les	
POUCHET (Professeur)		intoxiqués du tabac .	47
(Opinion du), sur l'ac-		SOUFFRANCE. — Cause de	
tion physiologique de		rechutes . . . . .	127
la spartéine. . . .	46-49	— Nuisible au point de	
PSYCHO-SOMATIQUE. — Le		vue moral . . . . .	85
morphinisme une ma-		SPHYGMOGRAPHIQUES. —	
ladie . . . . .	11	Tracés dans le mor-	
PSYCHOTHÉRAPIE. — Art		phinisme. . . . .	44-48
plutôt que science. .	95	STIMULANTS ALCOOLIQUES.	
PURGATIFS (Question de		— Leur action dépres-	
l'emploi des). . . .	58	sive pendant et après	
RAFFEGEAU (Dr). — Mor-		la suppression. 26-36-98	
phinisme et albumi-		STIMULANTS PHYSIQUES. —	

	Pages		Pages
Leur valeur comme toniques après la renonciation de la morphine.	100	tion symptomatique.	51
STRYCHNINE. — Très employée dans le sevrage.	36	— Administrée par Glenard en injections hypodermiques. . . .	58
TENSION SANGUINE DANS LE MORPHINISME . . . .	44	— Conseillée par MM. Jardet, Nivière et Lebeau-pin dans l'intoxication chronique par l'opium . . . .	55
THÉOBROMOSE dans l'albuminurie . . . .	112	VOLONTÉ (Le consentement à la direction une preuve de) . . . .	66
TONIQUES DU CŒUR (Valeur des) . . . .	41	— (Rôle de la suggestion dans la rééducation de la) . . . .	89
TRAITEMENT MORAL. — Suppression de la souffrance le meilleur.	80-94	VOULOIR (Le pouvoir de). — La résultante de nombreux facteurs .	65
VALÉRIANE très-vantée par Coleridge et De Quincy. . . .	36	WARDEN (le Dr). — Guérison rapide d'un cas de morphinisme observé par. . . .	106
VÉGÉTARIEN (RÉGIME). — Utile chez les ex-tributaires de la morphine . . . .	100		
VICHY (EAU DE). — Sa valeur comme médica-			

















